SEMPRE
Instituto de Seguridad Social
Provincia de La Pampa

FICHA PERIODONTAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Apellido y Nombre.....

Af.Nº.....

DIAGNOSTICO

.....

.....

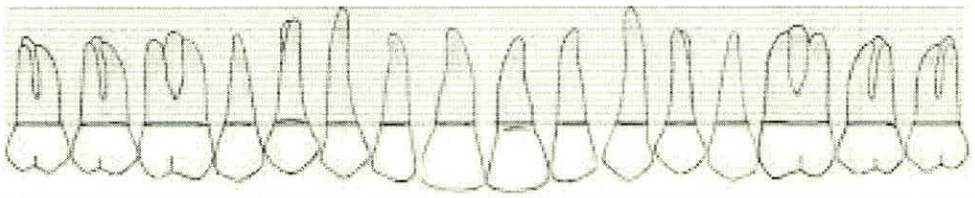
.....

.....

.....

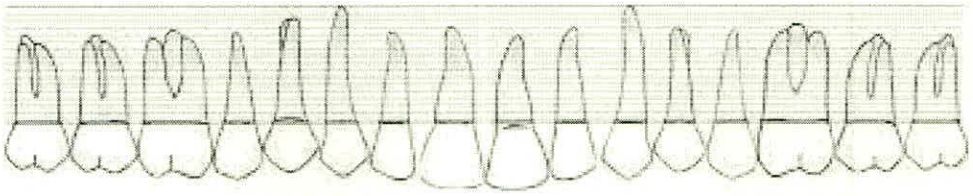
.....

.....



P.S.

C.F.



PLAN DE TRATAMIENTO

.....

.....

.....

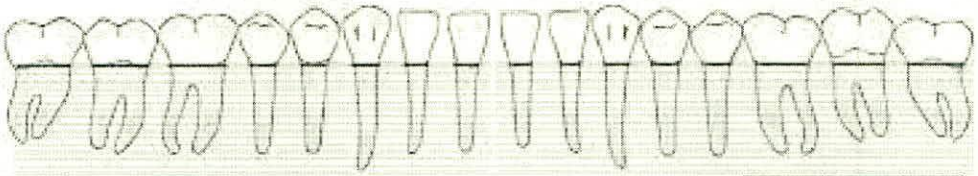
.....

.....

.....

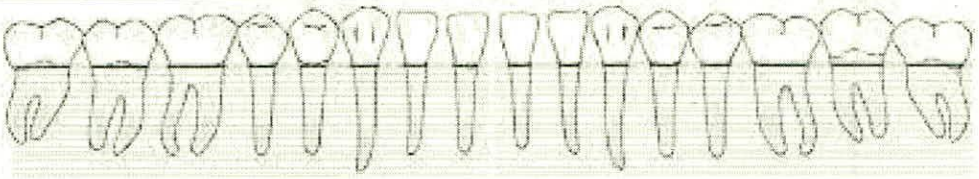
.....

.....



C.F.

P.S.



C.F. :Compromiso de furcacion Grado I
Grado II
Grado III

P.S. : Profundidad de sondajé en (mm).-

Fecha...../...../.....-

.....
Firma y sello del Profesional