



Socio N°

Plan

Nombre y Apellido Edad

Domicilio y Teléfono

Profesional

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

|

|

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

55 54 53 52 51 | 61 62 63 64 65

|

Derecha | izquierda

|

85 84 83 82 81 | 71 72 73 74 75

Referencias

Color rojo: prestaciones existentes

Color azul: Prestaciones requeridas por diente ausente a extraer

DIABETES SI NO

HEPATITIS SI NO

OBSERVACIONES

MEDICACION ACTUAL

ALERGICO SI (¿a qué?)..... NO

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES SI NO

Firma del paciente:



Socio N°

Plan

TOTAL DE PRESTACIONES REALIZADAS

Correspondientes al mes de

Nombre y Apellido

DIA	MES	AÑO	CODIGO	DIENTE N°	CARA	VALOR	CONFORMIDAD DEL PACIENTE	RESERVADO AUDITORIA
TOTAL						\$	Cant. de RX adjuntas	