

FICHA ODONTOLÓGICA DE REINTEGROS

Fecha:

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 requeridas
Color AZUL: Prestaciones existentes
X Diente Ausente a extraer
<input type="checkbox"/> Prótesis fija
<input type="checkbox"/> Prótesis Removibles
<input type="checkbox"/> Coronas
Cantidad de dientes existentes
Cantidad de RX adjuntas

Observaciones

Apellido y Nombre _____ Socio Nro. _____

Dirección _____ Tel. _____ Edad _____

Odontólogo _____ Matrícula Nro. _____ Nro. _____

Registro de prestaciones

Mes _____ Año _____

<u>Fecha</u>	<u>Diente Nro.</u>	<u>Cara</u>	<u>Código</u>	<u>Firma del paciente</u>	<u>Material</u>	<u>Honorarios de c/ prestación</u>	<u>Reservado Galeno</u>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL