

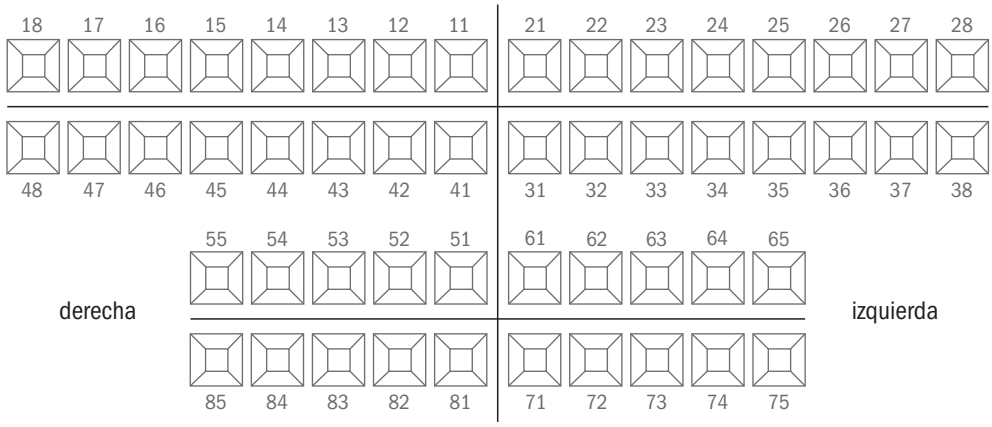


fecha

--	--	--

Apellido y Nombre D.N.I. N° afil.
 fecha de nac. titular parentesco A. y Nombre
 Domicilio tel./cel.

Odontólogo mat. n° tel./cel.
 Domicilio



REFERENCIAS
 Color rojo: prestaciones existentes
 Color azul: prestaciones requeridas
 X: diente ausente o a extraer
 Prótesis fija
 Prótesis removible
 Coronas
 Cant. dientes existentes: _____

DIENTE	CARA	CÓDIGO	FECHA	OBSERVACIONES

cantidad de RX que se adjuntan:

--	--

Observaciones

.....

.....

.....
 firma conformidad paciente

.....
 firma y sello del profesional

Reservado para Obra Social

HORARIO DE AUDITORÍA ODONTOLÓGICA
lunes a viernes
de 10:00 a 13:00 hs