



Departamento de Odontología



Apellido y Nombre:.....
 Carnet N°:.....Titular:..... Parentesco:.....
 Fecha de Nacimiento:.....
 Domicilio:.....
 Localidad:.....Tel:.....

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
 X: Diente ausente o a extraer

PROTESIS FIJA
 PROTESIS REMOVIBLE
 CORONAS

CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES

RESERVADO PARA OBRA SOCIAL

MES	AÑO

PACIENTE:.....
 ODONTÓLOGO:.....
 DOMICILIO:.....

Carnet N°:.....
 Matrícula Prof.:
 Teléfono:.....

DIENTE N°	CARGA	Código	FECHA	CONFORMIDAD PACIENTE	OBSERVACIONES

Observaciones: Cantidad de RX adjuntas:

Firma y Sello del Profesional

AUDITORÍA ODONTOLÓGICA.

Lunes a Viernes: 10:00 a 12:00Hs
Lunes a Viernes: 14:30 a 16:00Hs