

ODONTOPLAD S.A.

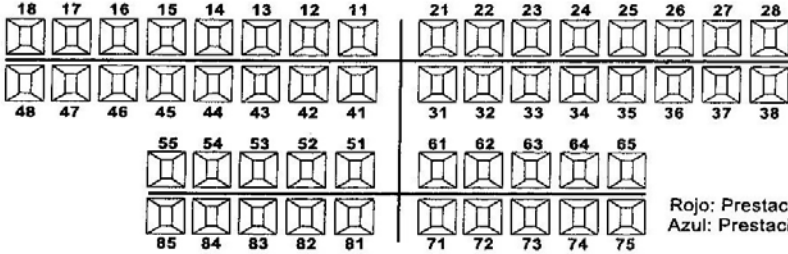
O. SOCIAL: N° Afiliado: Plan:

FICHA ODONTOLÓGICA

APELLIDO: NOMBRE:

Fecha de Nacimiento:/...../..... DNI: TEL:

DIRECCION: LOC.:



Rojo: Prestaciones Existentes
Azul: Prestaciones a realizar

REFERENCIAS

- Diente ausente o a extraer
- CORONA
- PROTESIS FIJA
- PROTESIS REMOVIBLE

CANT. DIENTES

CANT. RX ADJ.

| DIA | CODIGO | PIEZA | CARAS | OBSERVACIONES | CONFORME DEL PACIENTE |
|-----|--------|-------|-------|---------------|-----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

1 Autorizo a: DR/Dra. y/o asociados o ayudantes a realizar el tratamiento informado en la presente.
 2 He conversado con el profesional sobre la naturaleza y propósito del tratamiento, sobre la posibilidad de complicaciones, los riesgos y posibles métodos alternativos.
 3 Autorizo a proveer los servicios o tratamientos adicionales que considere razonables incluyendo la administración de anestesia local, práctica, radiografías y otros métodos de diagnóstico

Firma y Sello del profesional:

Firma y Aclaración del Cliente: