ODONTOPLAD S.A.

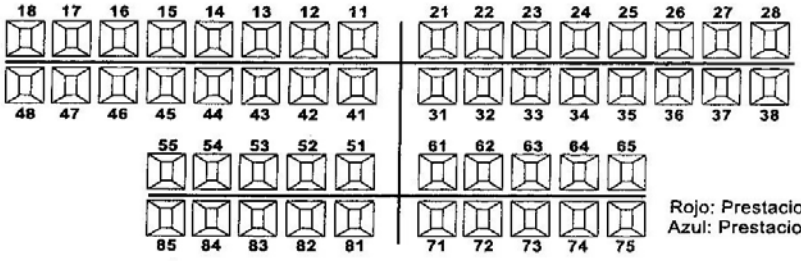
FICHA ODONTOLÓGICA

O. SOCIAL:..... Nº Afiliado: ..... Plan: .....

APELLIDO: ..... NOMBRE: .....

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

DIRECCION: ..... LOC.: .....



Rojo: Prestaciones Existentes
Azul: Prestaciones a realizar

REFERENCIAS

- X 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 servicio 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: