

## PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS

### FICHA- HISTORIA CLÍNICA PARA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA FUNCIONAL

AFILIADO ..... APELLIDO Y NOMBRE .....  
EDAD ..... FECHA DE NACIMIENTO ...../...../..... ODONTÓLOGO TRATANTE .....  
DOMICILIO ..... LOCALIDAD..... TELEFONO .....

### **DIAGNOSTICO**

SEGÚN ANGLE CALSE (INDICAR CON UNA X LO QUE CORRESPONDE)

<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> 1° DIVISION
<input type="radio"/> II	<input type="radio"/> 2° DIVISION
<input type="radio"/> III	

---

---

---

---

---

### **PLAN DE TRATAMIENTO**

---

---

---

---

---

TIEMPO APROXIMADO DE TRATAMIENTO .....

### **CODIGO**

(INDICAR CON UNA X LO QUE CORRESPONDE)

<input type="radio"/> 06.02.01	<input type="radio"/> 06.02.02
<input type="radio"/> 06.02.30	

ADJUNTO

<input type="radio"/> ORTOPANTOGRAFIA	<input type="radio"/> ESTUDIO CEFALOMETRICO
<input type="radio"/> TELERRADIOGRAFIA DE PERFIL	<input type="radio"/> OTROS .....
<input type="radio"/> FOTOS FACIALES E INTRABUCALES	

.....  
FIRMA Y SELLO DE ODONTÓLOGO