



"El Río Atuel también es Pampeano"

PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS

FICHA- HISTORIA CLÍNICA PARA ORTODONCIA Y ORTOPEDIA FUNCIONAL

AFILIADO-..... APELLIDO Y NOMBRE Fecha: /..... / 20.....

EDAD FECHA DE NACIMIENTO/...../..... ODONTÓLOGO TRATANTE

DOMICILIO LOCALIDAD..... TELEFONO

DIAGNOSTICO

SEGÚN ANGLE CALSE

(INDICAR CON UNA X LO QUE CORRESPONDE)

I

II

III

1° DIVISION

2° DIVISION

PLAN DE TRATAMIENTO

TIEMPO APROXIMADO DE TRATAMIENTO

CODIGO

(INDICAR CON UNA X LO QUE CORRESPONDE)

06.02.01

06.02.02

06.02.30

ADJUNTO

ORTOPANTOGRAFIA

TELERRADIOGRAFIA DE PERFIL

FOTOS FACIALES E INTRABUCALES

ESTUDIO CEFALOMETRICO

OTROS

.....
FIRMA Y SELLO DE ODONTÓLOGO