REGISTRO DE PRESTACIONES

OBRA SOCIAL:.....

CODIGO Nº:.....

MES:.....AÑO: 201.....

PACIENTE:.....

AFILIADO Nº:..... PLAN:.....

TITULAR:..... GRUPO FAMILIAR:..... PARENTESCO:..... EDAD:..... FECHA NAC.:.....

DOMICILIO:..... LOCALIDAD:.....

LUGAR DE TRABAJO DEL TITULAR:..... DOC. Nº .....

ODONTOLOGO: ..... MATRICULA PROFESIONAL Nº:.....

DIENTE Nº	CARA	CODIGO	CONFORMIDAD PACIENTE	FECHA DE REALIZACIÓN	CANT.	CODIGO
				/ /		
				/ /		
				/ /		
				/ /		
				/ /		
				/ /		
				/ /		
				/ /		

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
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

DERECHA — IZQUIERDA

REFERENCIAS

COLOR ROJO: Prestaciones existentes
COLOR AZUL: Prestaciones requeridas
X: Diente ausente o a extraer

PROTESIS FIJA
PROTESIS REMOVIBLE
CORONAS
CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTE:

RESERVADO OBRA SOCIAL

Por la presente reconozco que el Dr./Dra. ..... me ha informado del tipo de tratamiento que debe efectuarse en base al diagnóstico realizado. A su pedido he manifestado todo lo que conozco respecto a mi salud. Se me ha explicado en términos comprensibles para mí y reconozco haber entendido acabadamente la tarea propuesta. De la misma manera se me ha informado de los riesgos y complicaciones que puedan surgir y, ante la posibilidad que aparezcan consecuencias no previsibles, dada la capacidad que le reconozco al Dr./Dra. antes mencionado, los aceptaré como inherentes a la tarea a realizar. Comprendo que la concurrencia regular a las citas programadas en el consultorio así como el uso correcto de la aparatología y el cumplimiento de as indicaciones del profesional, hacen al éxito del tratamiento y son de mi exclusiva responsabilidad. Ademas autorizo al Dr./Dra. antes citado a proveer los servicios o tratamientos adicionales que considere razonables, incluyendo, aunque no limitados a ello, la administración de anestesia local, prácticas radiológicas y otros métodos de diagnóstico necesarios para resolver la presentación mencionada. También se me han descripto todas las variantes y sus correspondientes posibilidades y riesgos y, en ejercicio de mi derecho, considerandome suficientemente informado/a opto por el tratamiento propuesto que se me ha detallado en esta ficha (codificada) firmando de conformidad este consentimiento.

.....
SELLO, FIRMA DEL PROFESIONAL

.....
FIRMA PACIENTE