REGISTRO DE PRESTACIONES

ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA SALTEÑA

ESPAÑA 1175 - TEL.: 0387 431-1116 - 4400 SALTA

ENTIDAD PRIMARIA: **A.O.S**

CODIGO

OBRA SOCIAL

Nº CODIGO

FECHA: Día..... Mes..... Año 20.....

PACIENTE: **Edad:** **Credencial:**

Titular:..... Parentesco:..... Fecha de nacimiento:...../...../.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Lugar de trabajo del titular:..... Tel.:.....

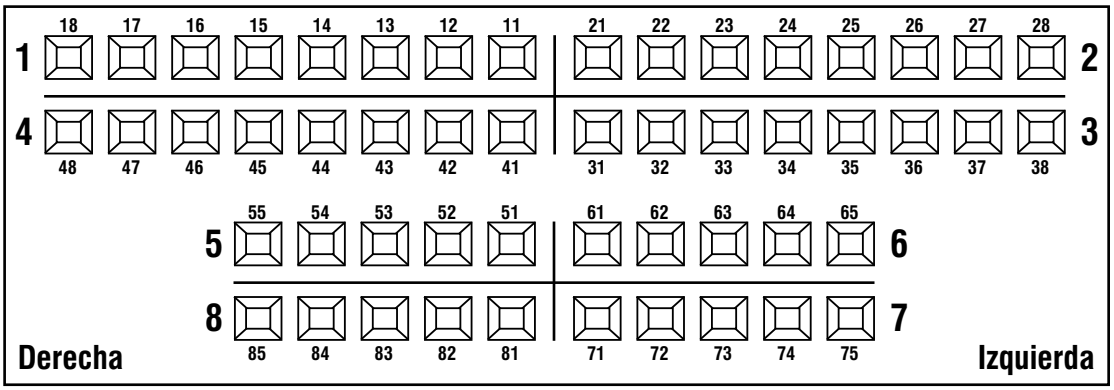
ODONTÓLOGO: **Matrícula Profesional:**

DIENTE Nº	CARA	CÓDIGO	Fecha Realización	CONFORMIDAD PACIENTE	IMPORTE
				TOTAL	

OBSERVACIONES:

Cantidad de RX Adjuntas

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL



REFERENCIAS

COLOR ROJO: Prestaciones existentes.

COLOR AZUL: Prestaciones requeridas.

X Diente ausente o a extraer.

PRÓTESIS FIJA

PRÓTESIS REMOVIBLE O CORONAS

CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES:

OBSERVACIONES:

HISTORIA CLÍNICA (Marque con una X si padece)

	Alergias		Embarazada o sospecha		Hipotensión		Problemas tiroides		VIH
	Anemias		Fiebre Reumática		Jaquecas		Problemas respiratorios		Portador de prótesis
	Artritis		Glaucoma		Lesiones en cabeza		Sinusitis		Problema periodontal
	Asma		Hemorragias		Problemas hepáticos		Tuberculosis		Ortodoncia
	Desnutrición		Hepatitis		Problemas mentales		Tumores		Mala oclusión
	Diabetes		Herpes		Problemas cardíacos		Úlceras		Lesión en mucosa
	Epilepsia		Hipertensión		Problemas renales		Venéreas		Toma medicación

Otras especificar:

RESERVADO OBRA SOCIAL

Rep. Loc.

CONSENTIMIENTO PARA SOMETERSE A TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Declaro tener conocimiento que el tratamiento odontológico tiene un alto grado de confiabilidad, es un procedimiento biológico, por lo tanto no se puede garantizar su éxito. Se me ha informado suficientemente acerca del tratamiento a realizar y las principales consideraciones, con los posibles riesgos del tratamiento. Se me dio la oportunidad de hacer todas las preguntas sobre el tratamiento odontológico propuesto y la información contenida en este documento y doy fe que los datos consignados en esta ficha son verdaderos

Firma del paciente, padre o tutor:.....

Aclaración:..... D.N.I.:.....

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL