



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 _____



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 _____

1	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	2
4	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	3
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	6						
8	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	7						
Derecha											Izquierda						

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: _____

RESERVADO OBRA SOCIAL

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	Venereas	Toma medicación
Otras especificar: _____				

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

1	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	2
4	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	3
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	6						
8	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	7						
Derecha											Izquierda						

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: _____

RESERVADO OBRA SOCIAL

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	Venereas	Toma medicación
Otras especificar: _____				

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