TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

TECHINT

(Marcar con una cruz)

Obra Social

APSOT	Avda. Córdoba 320, 2° Piso (C1054AAP) Cap. Fed. CUIT: 30-56430406-5 R.N.O.S. N° 4-0230	
FSST	Avda. Córdoba 320, 2° Piso (C1054AAP) Cap. Fed. CUIT: 30-63763030-6	

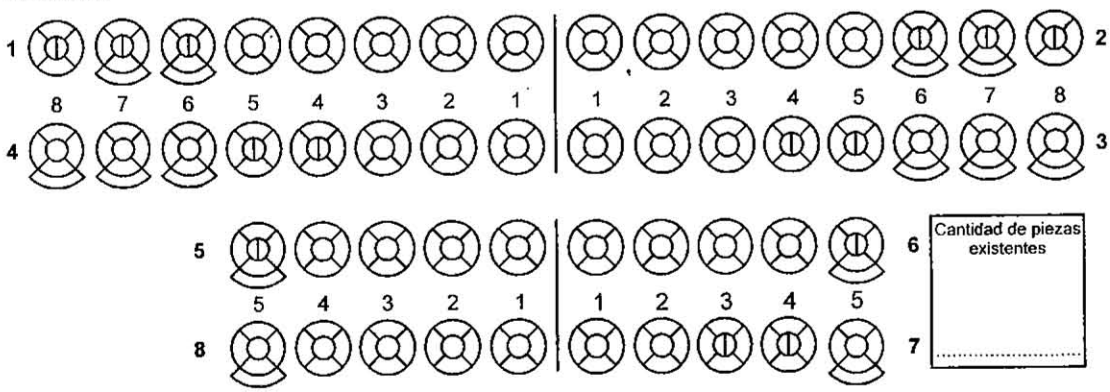
BENEFICIARIO Apellido y Nombre — **N° de Afiliado**

Edad — Ficha Testigo — Fecha Terminación

PROFESIONAL

Matrícula — CUIT

DERECHA — **IZQUIERDA**



Cantidad de piezas existentes

REFERENCIAS

Caries curables	o
Extracción	=
Diente ausente	X
Obturación	/
Paradentosis	Pd
Corona	O
Perno Muñón	PM
Incrustación	I
P. Fija	⊏⊐
P. Removible	⌐¬
Ortodoncia	~

Rojo: tratamientos anteriores. - **Azul:** afecciones en tratamiento.
Deberá anotarse, en color rojo, la totalidad de la información referida al estado de la boca del paciente en el momento de efectuarse la consulta, y en color azul el tratamiento propuesto, explicitando más abajo en sucesivos renglones el trabajo a realizar.

PRESTACION

Código	Pieza Dentaria	Ubicación D L M O V	Detalle	Total $	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
TOTALES						

La conformidad prestada en la última columna tiene carácter de Declaración Jurada de que el servicio fue realizado en la fecha indicada y deberá venir expresada con la firma del beneficiario renglón por renglón sin utilizarse firmas inclinadas ni comprender varias prestaciones con una llave. Todos los demás datos deben ser llenados por el profesional.

Firma y Sello Obra Social

Firma y Sello del Profesional