

# TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



(Marcar con una cruz)

<b>Obra Social</b>	
<b>APSOT</b>	Avda. Córdoba 320, 2º Piso (C1054AAP) Cap. Fed. CUIT: 30-56430406-5 R.N.O.S. Nº 4-0230
<b>FSST</b>	Avda. Córdoba 320, 2º Piso (C1054AAP) Cap. Fed. CUIT: 30-63763030-6

BENEFICIARIO Apellido y Nombre

Nº de Afiliado

[ ]		
Edad	Ficha Testigo	Fecha Terminación
[ ]	[ ]	[ ]
PROFESIONAL		
Matricula	CUIT	
[ ]	[ ]	

DERECHA

IZQUIERDA

REFERENCIAS

1			2
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
4			3
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
5			6
	5 4 3 2 1	1 2 3 4 5	
8			7
	5 4 3 2 1	1 2 3 4 5	

Cantidad de piezas existentes

- 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