



FICHA ORTODONCIA

DATOS AFILIADO TITULAR

Nombre y Apellido

Nº afil. tel./cel.

Domicilio

DATOS BENEFICIARIO

Nombre y Apellido

Tel./cel.

D.N.I. Fecha de nac. Edad

Motivo de la Consulta

Tratamiento anterior SI NO Tipo de tratamiento

Diagnóstico Pronóstico

.....

.....

.....

.....

Plan de tratamiento Tiempo estimado de duración del trat.

.....

..... Aparatología a usar

.....

Observaciones

.....

.....

.....

.....

.....

Si el paciente es menor de edad o posee alguna discapacidad, una persona mayor de edad deberá firmar en su nombre declarando la relación con el paciente

firma

firma y sello del profesional

aclaración

fecha