DAMSU SAN JUAN | Dirección de Asistencia Médica Social Universitaria

FICHA ODONTOLÓGICA PARA TRATAMIENTO EXTERNO

Datos del/de la afiliado/a

Apellido y nombre completo: .....

DNI: ..... *Fecha de nac.:* ..... *edad:* .....

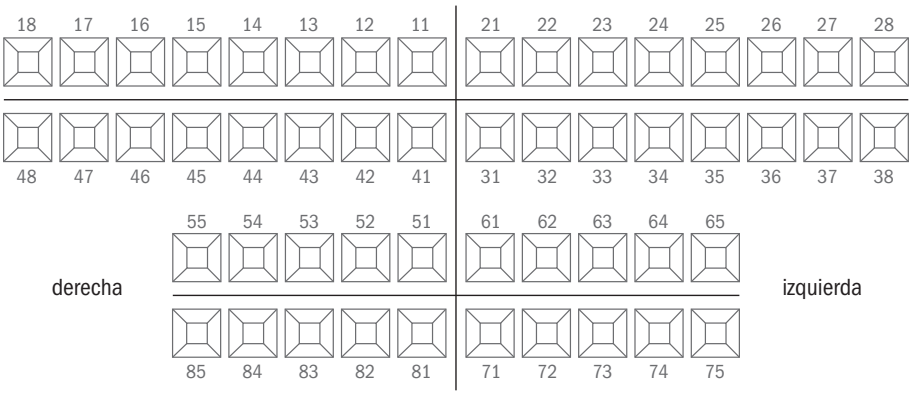
Domicilio: *calle:* ..... *nº:* ..... *orientación:* ..... *piso:* ..... *manzana:* .....

localidad: ..... *departamento:* .....

celular: ..... *e-mail:* .....

Odontólogo/a: ..... *Mat. nº:* .....

Domicilio: ..... *celular:* .....



REFERENCIAS

Color rojo: prestaciones existentes
Color azul: prestaciones requeridas
X: diente ausente o a extraer

☐ Prótesis fija
☐ Prótesis removible
○ Coronas

Cant. dientes existentes:.....

FECHA	PRÁCTICA/CÓDIGO	PIEZA	CARA	OBSERVACIONES

Cantidad de RX que se adjuntan: .....

Observaciones: .....

.....

.....

Para su autorización enviar ficha completa a Auditoría Odontológica D.A.M.S.U.
servicioodontologia@damsusj.com.ar

firma y sello del/de la profesional