



# 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 .....