

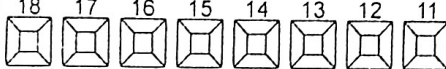
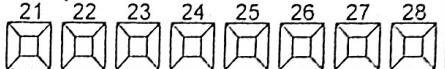
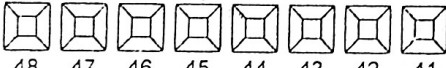
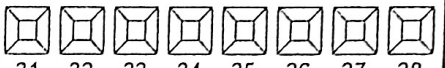




REGISTRO DE PRESTACIONES - FICHA CATASTRAL

OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_  
 N° de Afiliado \_\_\_\_\_ Plan \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ F. Nac. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Odontólogo \_\_\_\_\_ Matric. Prof. \_\_\_\_\_

18 17 16 15 14 13 12 11 														21 22 23 24 25 26 27 28 				<b>REFERENCIAS:</b> COLOR ROJO: Prestaciones Existentes COLOR AZUL: Prestaciones Requeridas X Diente ausente o a extraer/No erupcionado <input type="checkbox"/> PRÓTESIS FIJAS <input type="checkbox"/> PRÓTESIS REMOVIBLE <input type="checkbox"/> CORONAS CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES: <input type="text"/>
48 47 46 45 44 43 42 41 								31 32 33 34 35 36 37 38 										
Derecha 55 54 53 52 51 					Izquierda 61 62 63 64 65 													
85 84 83 82 81 					71 72 73 74 75 					RESERVADO PARA OBRA SOCIAL								

OBSERVACIONES .....

FECHA	DIENTE	CARA	CODIGO	OBSERVACIONES	A CARGO	CONFORMIDAD PACIENTE

CANTIDAD RX

TOTAL \$

Sello y Firma del Profesional