



**MEDICINA
AUSTRAL**

REGISTRO DE PRESTACIONES

MES AÑO

FICHA N°	<input type="text"/>
OBRA SOCIAL	
N° PRESTADOR INTERNO	<input type="text"/>

TITULAR (los datos del titular se deben consignar siempre)

Apellido y Nombres:..... C.U.I.T.

Teléfono:

PACIENTE (se deben completar todos los datos siempre)

Apellido y Nombres:..... N° Afiliado:

Fecha de Nacimiento:..... Edad:.....N° de Documento: DNI - LE - CEDULA.....Parentesco:.....

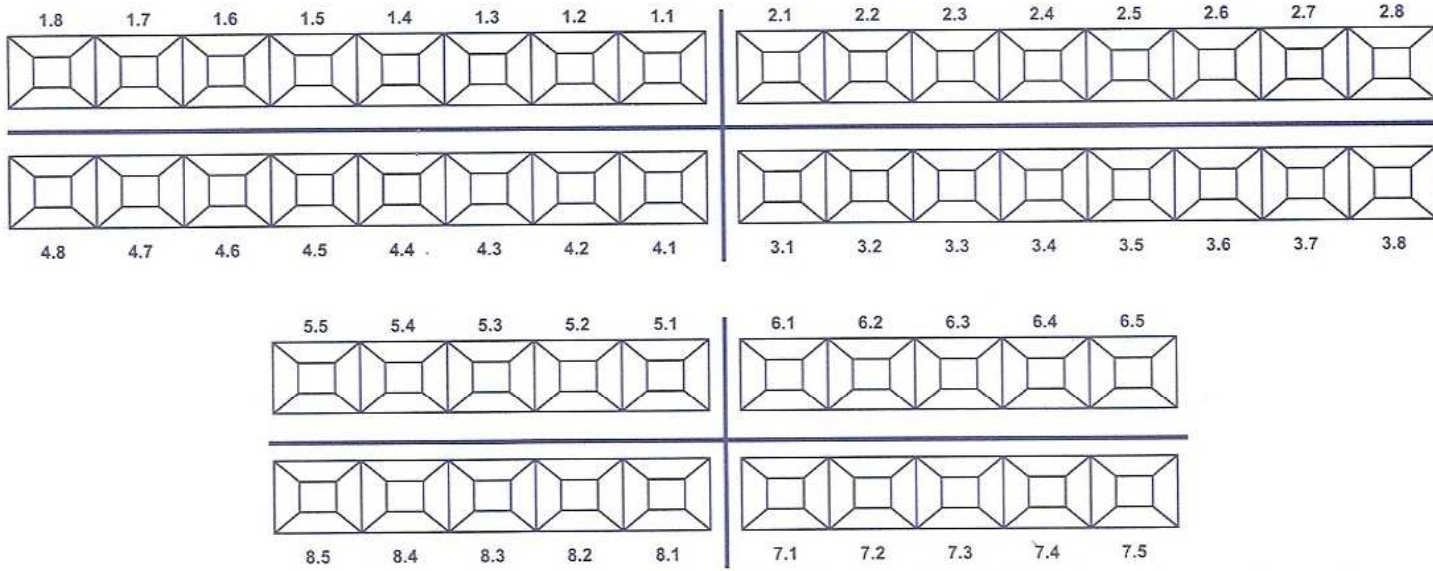
Domicilio:..... Localidad:

Conformidad: por la presente autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados. He conversado con el profesional sobre la naturaleza y propósitos del tratamiento, posibles complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos, al igual que lo manifestado en mis antecedentes clínicos.

.....

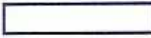
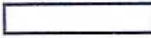

PACIENTE

FICHA DENTAL



REFERENCIAS

COLOR ROJO: Prestaciones existentes
 COLOR AZUL: Prestaciones requeridas
 X: Diente ausente a extraer

 PROTESIS FIJA
 PROTESIS REMOVIBLE
 CORONA

DIAGNOSTICO.....

REGISTRO DE PRESTACIONES

Fecha	Pieza Dental	Cara	Código Práctica	Código Autorización	Conformidad Paciente

ODONTOLOGO

MATRICULA PROFESIONAL

--	--	--	--	--	--

.....
 FIRMA Y SELLO PROFESIONAL