



REGISTRO DE PRESTACIONES

**CIRCULO
ODONTOLÓGICO
CONCORDIA**

OBRA SOCIAL:.....

CODIGO N°:.....

MES: AÑO: 201

PACIENTE: _____

AFILIADO N°: PLAN:

TITULAR:..... GRUPO FAMILIAR:..... PARENTESCO:..... EDAD:..... FECHA NAC.:.....

















DOMICILIO: LOCALIDAD:











LUGAR DE TRABAJO DEL TITULAR: _____ DOC. Nº _____

ODONTOLOGO: _____ PROFESIONAL N°: _____

MATRICULA
PROFESIONAL N°:

[illegible]

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

DERECHA					IZQUIERDA				
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
									
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

REFERENCIAS

COLOR ROJO: Prestaciones existentes

COLOR AZUL: Prestaciones requeridas

X: Diente ausente o a extraer

☐ PROTESIS FIJA☐ PROTESIS REMOVIBLE

○ CORONAS

CANTIDAD DE DIENTES
EXISTENTE:

RESERVADO OBRA SOCIAL

Por la presente reconozco que el Dr./Dra. _____ me ha informado del tipo de tratamiento que debe efectuarse en base al diagnóstico realizado. A su pedido he manifestado todo lo que conozco respecto a mi salud. Se me ha explicado en términos comprensibles para mí y reconozco haber entendido acabadamente la tarea propuesta. De la misma manera se me ha informado de los riesgos y complicaciones que puedan surgir y, ante la posibilidad que aparezcan consecuencias no previsibles, dada la capacidad que le reconozco al Dr./Dra. antes mencionado, los aceptaré como inherentes a la tarea a realizar. Comprendo que la concurrencia regular a las citas programadas en el consultorio así como el uso correcto de la aparatología y el cumplimiento de las indicaciones del profesional, hacen al éxito del tratamiento y son de mi exclusiva responsabilidad. Además autorizo al Dr./Dra. antes citado a proveer los servicios o tratamientos adicionales que considere razonables, incluyendo, aunque no limitados a ello, la administración de anestesia local, prácticas radiológicas y otros métodos de diagnóstico necesarios para resolver la presentación mencionada. También se me han descrito todas las variantes y sus correspondientes posibilidades y riesgos y, en ejercicio de mi derecho, considerandome suficientemente informado/a opto por el tratamiento propuesto que se me ha detallado en esta ficha (codificada) firmando de conformidad este consentimiento.

SELLO, FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA PACIENTE