



REGISTRO DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS

USO INTERNO OPDEA										
CODIGO DEL PRESTADOR										

MES	AÑO	PACIENTE	SEX	EDAD	Nº BENEFICIARIO						PLAN	

ODONTOLOGO:	Matric. Prof.									
-------------	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIA	PIEZA	CARA	CODIGO	CONFORMIDAD PACIENTE	DIA	PIEZA	CARA	CODIGO	CONFORMIDAD PACIENTE

OBSERVACIONES _____

Cantidad de RX Adjuntas

--	--

_____ Sello, Firma del Profesional

N° de Beneficiario

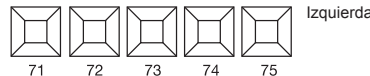
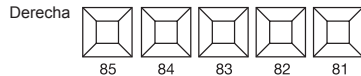
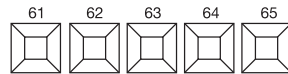
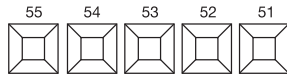
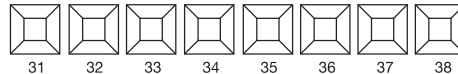
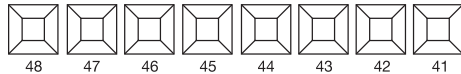
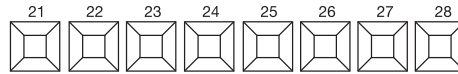
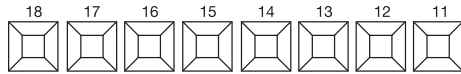
										-				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Apellido y Nombres:

Titular: Grupo Familiar: Parentesco: Fecha de Nacimiento:

Domicilio: Tel.: Localidad:

Empresa:



REFERENCIAS

COLOR ROJO: Prestaciones existentes.

COLOR AZUL: Prestaciones requeridas.

X: Diente ausente o a extraer

PROTESIS FIJA

PROTESIS REMOVIBLE

CORONAS

CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES

--	--

RESERVADO OBRA SOCIAL

OBSERVACIONES: _____
