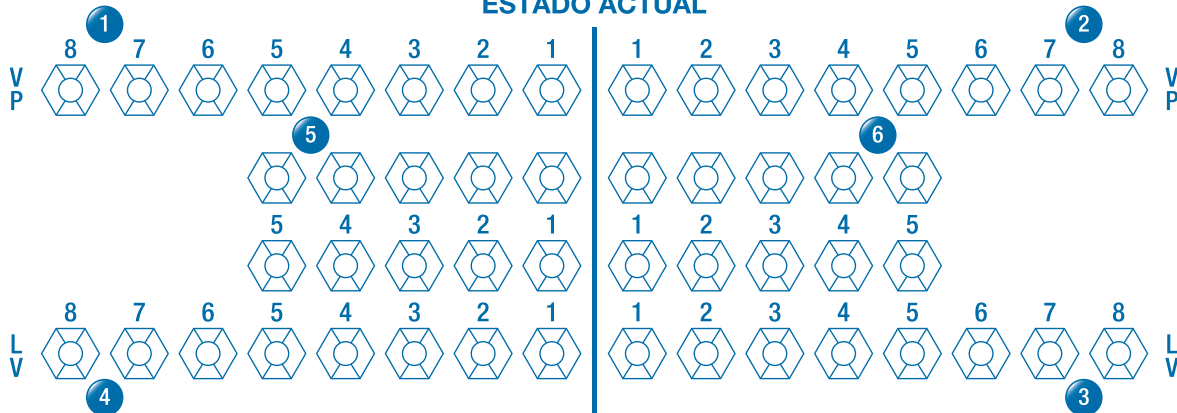


Apellido y Nombre:.....D.N.I.:.....
 Domicilio:.....Localidad:.....
 Teléfono:.....Edad:.....Fecha de Nacimiento:.....
 Profesión:.....Socio N°:.....Plan:.....
 Profesional:.....Matrícula:.....

REFERENCIAS

- Caries
- SE Sellador
- AM Amalgama
- LH Luz halógena
- = Pieza a extraer
- X P. ausente o no erupcionada
- TC Tratamiento de conducto
- PM Perno muñón
- O Coronas
- Rojo Tratamientos anteriores
- Azul Tratamiento a realizar

ESTADO ACTUAL



ANTECEDENTES MÉDICOS

Hipertensión arterial	SI/NO	Fumador	SI/NO	Alérgico a drogas	SI/NO
Problemas cardíacos	SI/NO	Bruxismo	SI/NO	Afecciones sanguíneas	SI/NO
Diabetes	SI/NO	Hepatitis	SI/NO	Afecciones respiratorias	SI/NO
Úlceras gástricas	SI/NO	HIV	SI/NO	Afecciones venéreas	SI/NO
Embarazo	SI/NO	Otras enfermedades:		

¿Está tomando alguna medicación?

.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al personal a realizar el tratamiento odontológico indicado. El mismo me ha informado del propósito del tratamiento, posibles complicaciones, riesgos y métodos alternativos.

.....
Firma y sello del profesional

.....
Firma y aclaración del paciente



Corporación
Médica Asistencial
Más para tu Salud.

Fecha	Diente	Cara	Tratamiento y material utilizado	Código	Coseguro	Conformidad del paciente

.....

Firma y sello del profesional