



Odontología Personalizada S.A.

HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA

PACIENTE		Nº de socio	Nº de O.S.	Número del carnet		Parentesco
Apellido		Nombres				
Domicilio, Calle		Nº	Piso	Dpto	C.P.	
Localidad		Teléfono		Fecha de Nacimiento		
AFILIADO TITULAR						
Apellido		Nombres				
ODONTOLOGO		Nº de Matrícula Nacional				
Apellido		Nombres				
Fecha de Inicio del Tratamiento						

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

DERIVACIONES	
Periodoncia	<input type="checkbox"/>
Endodoncia	<input type="checkbox"/>
Cirugía	<input type="checkbox"/>
Estomatología	<input type="checkbox"/>
Radiología	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
SIMBOLOGIA	
Diente ausente	X
Diente a extraer	=
Caries (azul)	
Obturación (rojo)	
Corona	
Tramo	-

TRATAMIENTO ANTERIOR COLOR ROJO

TRATAMIENTO A REALIZAR COLOR AZUL

Observaciones

IMPORTANTE: Completar todos los datos con letra clara y legible

Por la presente se acepta la auditoría del tratamiento por parte de **Odontología Personalizada**

Firma del Paciente

Firma y Sello del Profesional

Horarios de Auditoría: Lunes de 9:30 a 13 hs., Martes, Miércoles y Jueves de 9:30 a 14:30 hs.
--