CONTROL DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA

PERCEPTIVO ☐ **POSTERIOR** ☐

SERVICIOS MÉDICOS ODONTOLÓGICOS TTO ☐ HCM ☐

FECHA: N° R

TITULAR_____ _ CI _____ CONDICION _____ TEL_____

PACIENTE: _____ CI: _____ PARENTESCO ___ _____ EDAD_____ SEXO ____

EXÁMEN CLÍNICO

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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

PRESUPUESTO Bs:_____ _____

ODONTÓLOGO: **OD. SIPROMA**

ANALISTA. SERV DE SALUD BUCAL SIPROMA **DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE ODONTOLOGÍA**

CONTROL DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA

PERCEPTIVO ☐ **POSTERIOR** ☐

SERVICIOS MÉDICOS ODONTOLÓGICOS

FECHA **N°R** **TTO. OD.** ☐ **HCM** ☐

TITULAR_____ CI _____ CONDICION _____ __ TELEFONO _____

PACIENTE _____ CI_____PARENTESCO _____ EDAD_____ SEXO_____

EXÁMEN CLÍNICO

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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

PRESUPUESTO Bs.:_____ _____

ODONTÓLOGO: **OD. SIPROMA**

ANALISTA. SERV DE SALUD BUCAL SIPROMA **DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE ODONTOLOGÍA**