



**CÍRCULO ODONTOLÓGICO
SANTIAGUENSE**
H. Yrigoyen N° 565
Tel. (0385) 421 2035 / 4590 - Fax (0385) 421 8636
(4200) Santiago del Estero

Obra Social: _____

N° de Afiliado	Barra
----------------	-------

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Afiliado Titular: _____

Presta Servicios en: _____

Paciente:		Fecha Nac.	Sexo	Fecha
Domicilio:		Tel.	Localidad	D.N.I.
N°		Provincia		

5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
D	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	I
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	3
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

ROJO lo realizado AZUL a realizar

REFERENCIAS

- ☐ Caries (marcar caras corresp.)
- ☐ Rest. realiz. ant. (marc. caras corr.)
- ☐ Rest. termin. (azul)
- ☐ Ext. Ind. ☐ Ext. realiz.
- ☐ Diente ausente ☐ EP Enf. period.
- ☐ TC Trat. de cond. ☐ RX Radiografía
- ☐ Coronas (marcar todas las caras)
- ☐ PM Perno Muñon ☐ Prot. Remov.
- ☐ Prot. Fija (tramos)

He conversado con el profesional sobre la naturaleza y propósitos del tratamiento y posibles complicaciones, riesgos y alternativas del mismo.

Profesional: _____

M.P.: _____

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA Y SELLO



**CÍRCULO ODONTOLÓGICO
SANTIAGUENSE**
H. Yrigoyen N° 565
Tel. (0385) 421 2035 / 4590 - Fax (0385) 421 8636
(4200) Santiago del Estero

Obra Social: _____

N° de Afiliado	Barra
----------------	-------

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Afiliado Titular: _____

Presta Servicios en: _____

Paciente:		Fecha Nac.	Sexo	Fecha
Domicilio:		Tel.	Localidad	D.N.I.
N°		Provincia		

5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
D	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	I
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	3
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

ROJO lo realizado AZUL a realizar

REFERENCIAS

- ☐ Caries (marcar caras corresp.)
- ☐ Rest. realiz. ant. (marc. caras corr.)
- ☐ Rest. termin. (azul)
- ☐ Ext. Ind. ☐ Ext. realiz.
- ☐ Diente ausente ☐ EP Enf. period.
- ☐ TC Trat. de cond. ☐ RX Radiografía
- ☐ Coronas (marcar todas las caras)
- ☐ PM Perno Muñon ☐ Prot. Remov.
- ☐ Prot. Fija (tramos)

He conversado con el profesional sobre la naturaleza y propósitos del tratamiento y posibles complicaciones, riesgos y alternativas del mismo.

Profesional: _____

M.P.: _____

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA Y SELLO

FECHA	CÓDIGO	DIENTE Nº	CARA	CONFORMIDAD PACIENTE

OBSERVACIONES:

FECHA	CÓDIGO	DIENTE Nº	CARA	CONFORMIDAD PACIENTE

OBSERVACIONES:
