

FECHA DE ENTREGA: \_\_\_\_\_ (60 días caduca)

**A.S.S.E. ASISTENCIA INTEGRAL**  
SERVICIO ODONTOLÓGICO

Nº DE CARNÉ: \_\_\_\_\_

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

FUNCIONARIO \_\_\_\_\_ PADRE \_\_\_\_\_ HIJO \_\_\_\_\_ ESPOSO o ESPOSA \_\_\_\_\_ JUBILADO \_\_\_\_\_

1 CONSULTA (REGISTRO) \_\_\_\_\_

2 ACEPTACIÓN PLAN DE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

3 CONTROL FINAL Y AUTORIZACIÓN DE COBRO \_\_\_\_\_

C.P.O. \_\_\_\_\_

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

ÍNDICE GINGIVAL \_\_\_\_\_

NORMAL \_\_\_\_\_ SANGRA A LA SONDA \_\_\_\_\_ SANGRA ESPONTÁNEAMENTE \_\_\_\_\_

PLAN DE TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE ODONTÓLOGO TRATANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN CONSULTORIO: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES DEL PRESTADOR: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES DEL CONTROLADOR: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO

