

## FORMULARIO DE RECLAMO (DENTAL)

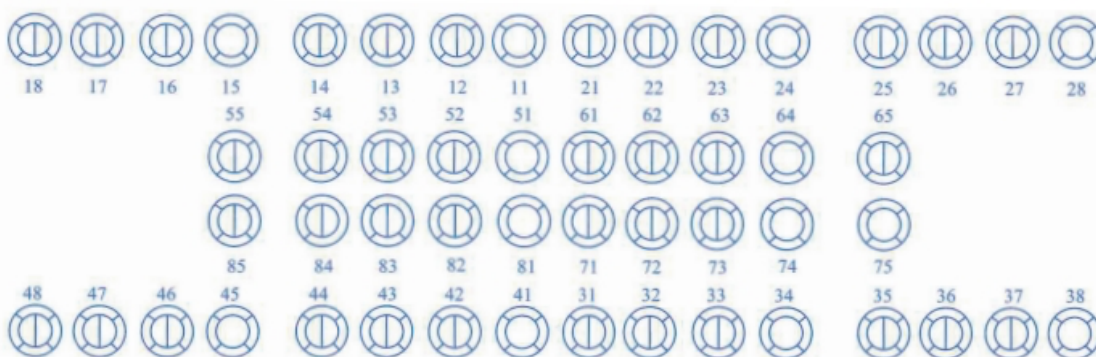
### DATOS PERSONALES

Nombre del Paciente:	Edad:	Sexo: M ( ) F ( )
Nombre del Titular:	Cédula del Titular:	
Nombre de Empresa:	Email:	

### HISTORIA DENTAL

Coronas Si ( ) No ( ) Piezas con corona:	Extracciones Si ( ) No ( ) Piezas extraídas:
Cirugías Si ( ) No ( ) Cordales: Otras:	Prótesis Si ( ) No ( )
Tratamiento Periodental Si ( ) No ( )	Endodoncia Si ( ) No ( )
Implantes dentales Si ( ) No ( ) # Pieza:	Efectos adversos a la anestesia Si ( ) No ( ) Cual:

## ODONTOGRAMA



**Radiografías:**

Periapical

☐

Paletas

☐

Panorámica

☐

Odontólogo Tratante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Código Colegio: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

PLAN DE TRATAMIENTO	

TRATAMIENTO EFECTUADO			
FECHA	PIEZA	DESCRIPCIÓN	COSTO TRATAMIENTO
			COSTO TOTAL

#### Declaraciones y Advertencias:

El abajo firmante declara y acepta que la información es completa y verídica. Cualquier omisión voluntaria o declaración falsa eximirá del pago de reclamaciones. Este documento sólo constituye Solicitud, por tanto, no representa garantía alguna de que dicha solicitud sea aceptada, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Yo el firmante, por medio de la presente autorizo por este medio, a cualquier clínica dental pública o privada, odontólogo, laboratorio para que proporcionen a EBS Employee Benefits Solutions, S.A., información sobre antecedentes clínicos y/o dentales, incluyendo copia de mis historias clínicas. Lo anterior con el único propósito de corroborar mi estado de salud al momento de diligenciar este documento.

Yo el firmante, por medio de la presente autorizo por este medio, a cualquier clínica dental pública o privada, odontólogo, laboratorio para que proporcionen a EBS Employee Benefits Solutions, S.A., información sobre antecedentes clínicos y/o dentales, incluyendo copia de mis historias clínicas. Lo anterior con el único propósito de corroborar mi estado de salud al momento de diligenciar este documento.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_