

FORMULARIO DE RECLAMO MEDICO DENTAL



INFORME DEL DENTISTA QUE ATENDIO AL PACIENTE									
Nombre del Empleado									
Compañía:									
Nombre del Paciente	Parentesco con el Empleado								
Nombre del Dentista:						Teléfono			
Está alguno de los tratamientos relacionado con ortodoncia?						□ NO			
Descripción del tratamiento:									
	RE		DE EXAMINACION Y TRAT		TEMA M	OSTR.	ADO EN EL DIB		
MARCAR LOS DIENTES FALTANTES CON UNA X Superiores	Diente # o letra	Super- ficie	Descripción del tratamiento Description of the ser profilaxis, used material	vice (include X rays,		Fecha M D A Honorarios		Para uso de	
Por este medio certific	o que los	s traba	ijos antes mencionados	serán o han sido eje	CO	OTAL	0		
FIRMA DEL DENTISTA Y FECHA Certifico que la información estipulada en esta y los anexos es correcta y completa.									