

Sistema: Unión Personal

Asociado N°: 00718100601

Plan: PMO

Apellido: Zor Barrios

Nombre: Maria Elena

Parentesco: Conyuge

Domicilio: Cashua

Localidad: Cashua

Teléfono:

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 18861457

Fecha de Nacimiento: 25/12/70

C. P.: Q. V. 10

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Quirós Granda

Nombre: Armando Lora

M.N. / M. P.: 30913-139

Domicilio Consultorio: 12 de Octubre 1343

Teléfono: 445313

Vestibular																	
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	5
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vestibular																	
Derecha								Izquierda									
5	5	4	3	2	1	1	2	2	3	4	5	6					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
8	5	4	3	2	1	1	2	2	3	4	5	7					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
Vestibular																	

**REFERENCIAS:** ☒ **Lápiz Azul** Tratamiento a realizar ☐ **Lápiz Rojo** Tratamiento anterior ☐ **Lápiz Verde** Selladores ☐ **Coronas** Cantidad de Dientes existentes .....

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
1-01	-	-	-	\$15	\$28	12/11	Armenia Dno. Jor

*(Blank handwriting practice area)*

218861457  
Firma del Paciente y Nº D.N.I.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Od. C. ...  
M.P. OD-139  
M.N. 30713  
Firma y Sello Profesional

Firma y/Sello Profesional