

**Dirección: Córdoba 2136 , Posadas 3300**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha** |  | **Numero de Ficha** |  |
|  |  |  |  |
| **Nombre de Paciente** |  |  | |
|  |  | Fecha aproximada de última visita al consultorio dental | |
|  |  |  | |
| **Numero de celular**   |  | | --- | |  |   **Profesional a cargo**   |  | | --- | |  |   **Obra Social**   |  | | --- | |  |   **Motivo de Principal de Consulta** |
|  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |

**Tratamiento**