

INFORME DIARIO DE ODONTOLOGIA

Establecimiento: _____

Profesional: _____

Condición: _____

Nro. Planilla: _____

Fecha: _____

Horas Trabajadas	
Asistenciales	
Extra Asistenciales	

Hora del Turno	Nro. DNI	OBRA SOCIAL	APELLIDOS Y NOMBRES	1ra. Vez	Uterior	Edad	G.E.	Programa							Códigos de Prestaciones
	HC							<6	DE	PR	ES	EM	EP	PB	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															

Firma del Profesional

INFORME DIARIO DE ODONTOLOGIA

Establecimiento: _____
Profesional: _____
Condición: _____

Nro. Planilla: _____

Fecha: _____

Programas (Actividades Grupales)

	Cod.	Nro. Act.	< 6 años		Preescolar		Escolar		Embarazada		P. Especial		P. Base	
			1ª	Ult.	1ª	Ult.	1ª	Ult.	1ª	Ult.	1ª	Ult.	1ª	Ult.
Profes.	05.06													
	05.07													
	05.10													
	Total													
NO Profes.	05.08													
	05.09													
	Total													

Actividades Extra Asistenciales

13.01	13.02	13.03	13.04

Norma Control Menores de 6 años

Control 6 m.		Control 15 m.		Control 24 m.		Control 3 a 5 años	
07.07.01	07.07.11	07.07.21	07.07.31	07.07.41	07.07.51	07.07.61	07.07.71

Programas (Atención Individual)

	1ª	Ult.	Cep.	Sell.	TF	Car.	Inact.	T. Pul.	Obt.	Peri.	Exo.	Ciru.	Pl. F	O/D	A1	A2
<6																
Pre. Esc.																
Esc.																
Emba.																
P. Esp.																
P. Base																

Firma del Profesional