

AV. DE MAYO 743 - (B1704BUH) RAMOS MEJIA - PROVINCIA DE BUENOS AIRES - TEL./FAX: 4469-6500/6600

e-mail: info@cirmedmatanza.com.ar

Nombre y Apellido Afiliado: _____

Nº de Afiliado: _____ Plan: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Tel.: _____

Profesional: _____ Matrícula: _____ Domicilio: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Derecha:

Izquierda:

Referencias:

- Caries ●
 - Extracción =
 - Diente ausente X
 - Parodontosis Pd
 - Corona ○
 - Perno muñón PM
- Lápiz Rojo:**
Tratamientos anteriores
- Lápiz Azul:**
Afecciones en tratamiento
- Cantidad de piezas existentes:

PARA USO PROFESIONAL

Firma Profesional: _____

Código	Pieza Dentaria	Caries Ubicación	Valor Sistema	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado	Observaciones
TOTALES						