ASOCIACION ODONTOLOGICA CASEROS
Personería Jurídica 167

H. Irigoyen 2115 ENTREPISO · Edif. Premier · Casilda c.p. (2170) Sta. Fe · Tel Fax: (03464) 424089 / 424717
secretaria@aocaseros.com administracion@aocaseros.com profesionales@aocaseros.com

OBRA SOCIAL:

PLAN:

Mes Nro: _____ Año: _____

Nro Afiliado: _____

Paciente: _____

Parentesco: _____ Fecha Nac.: _____

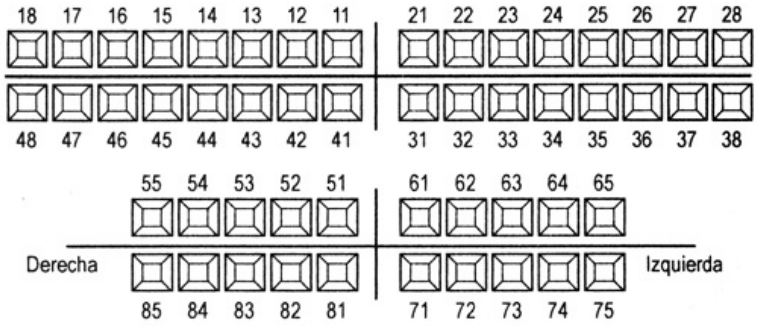
Domicilio: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

DNI/LC/LE Nº: _____ Tel.: _____

Odontólogo: _____ Mat. Prof.: _____

Domiclio Od.: _____ Tel.: _____



Localidad Consultorio: _____

Diente	Cara	Código	Arancel	Firma Afil.	Diente	Cara	Código	Arancel	Firma Afil.	Cant.	Código

Antecedentes Médicos al: ..... / ..... / .....

Problemas Cardiacos	SI / NO	Presión Sanguinea Anormal	SI / NO	Anemia	SI / NO
Diabetes	SI / NO	Enfermedades Venéreas	SI / NO	Epilepsia	SI / NO
Hepatitis	SI / NO	Asma	SI / NO	Puede estar embarazada	SI / NO
Consume Drogas ?	SI / NO	Tiene antecedentes alérgicos	SI / NO	Está tomando algún medicamento ?	SI / NO

PRESUPUESTO Nº	Cant. de RX		Firma y Sello Odont.	Firma y Sello Auditor
Observaciones:				
		ESTAMPILLA	TOTAL HONORARIOS	A CARGO DEL AFILIADO