



FORMULARIO DE RECLAMO (DENTAL)

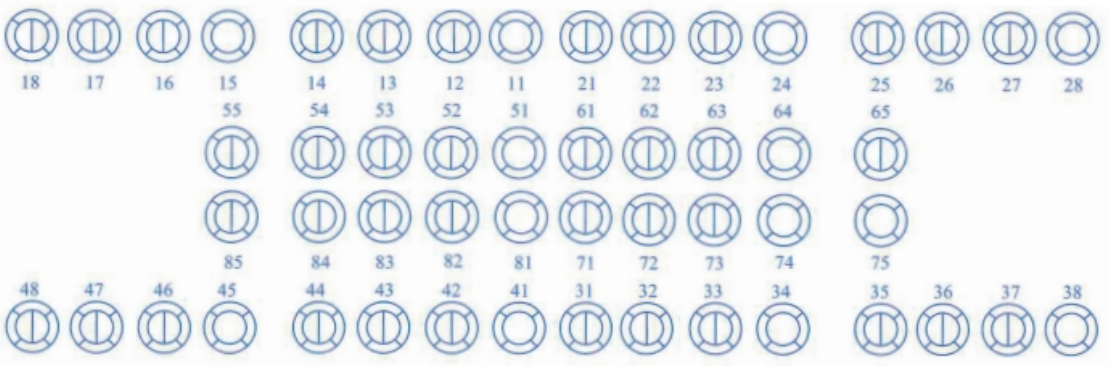
DATOS PERSONALES

Nombre del Paciente:	Edad:	Sexo: M () F ()
Nombre del Titular:	Cédula del Titular:	
Nombre de Empresa:	Email:	

HISTORIA DENTAL

Coronas Si () No () Piezas con corona:	Extracciones Si () No () Piezas extraídas:
Cirugías Si () No () Cordales: Otras:	Prótesis Si () No ()
Tratamiento Periodontal Si () No ()	Endodoncia Si () No ()
Implantes dentales Si () No () # Pieza:	Efectos adversos a la anestesia Si () No () Cual:

ODONTOGRAMA



Radiografías:	Periapical <input type="checkbox"/>	Paletas <input type="checkbox"/>	Panorámica <input type="checkbox"/>
----------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

Odontólogo Tratante: _____ Fecha: _____

Código Colegio: _____ Firma: _____

