

# Registro de Prestaciones - Ficha Catastral



Av. Córdoba 1345, piso 5°  
Teléfono (+54 11) 4815-0747

Paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Plan: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

N° Credencial: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**REFERENCIAS**

Color rojo: Prestación requerida  
 Color azul: Patología existente  
 X: Diente ausente o a extraer

Prótesis fija  
 Prótesis removible  
 Coronas

Cantidad de dientes existentes:

Consultorio Odontológico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Profesional que atendió: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

