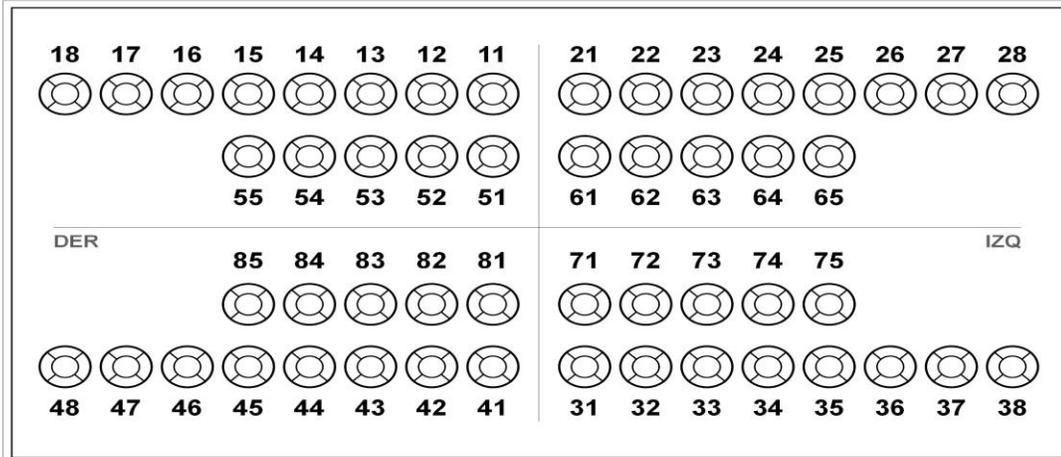


ODONTOGRAMA

SUPERIOR



INFERIOR

Costo del tratamiento \$ _____

Use el orden numérico indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o exámenes realizados.
 En el caso de no ser suficiente espacio, anexe el detalle

Diente Número	Superficie	Descripción del servicio (Incluye rayos X, profilaxis, materiales utilizados, etc.)	Fecha del servicio	Firma del Asegurado
			TOTAL	

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Nombre del odontólogo: _____ Dirección: _____

Comentarios: _____

 Firma y sello del odontólogo

 Número de teléfono

 Correo electrónico

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____