

FICHA DE ORTODONCIA/ORTOPEDIA

Galeno

NÚMERO ASOCIADO:
APELLIDO Y NOMBRE:..... FECHA:...../...../.....
PLAN ODONTOLÓGICO:
DOMICILIO:.....LOCALIDAD:.....TELEFONO:.....
FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD:.....
FECHA CONSULTA:/...../..... FECHA 2° CONSULTA:/...../..... FECHA INICIO TRAT.:/...../.....
DIAGNÓSTICO:.....
.....

TRATAMIENTOS ANTERIORES: (SI/NO) INDICACIÓN DE TRATAMIENTO: (SI/NO)

CLASIFICACIÓN ESQUELETAL:

HÁBITOS:.....

CLASE I :

.....

CLASE II : SUBDIVISION:

ESTUDIOS REALIZADOS:

CLASE III : ADQUIRIDA / ESQUELETAL

CEFALOMÉTRICO DE:

TELERADIOGRAFÍA: FRENTE - PERFIL

RX INTRAORALES:

SE DERIVA A FONOAUDIOLOGIA? SI/NO

⇒ PANORAMICA: SI/ NO

OBSERVACIONES:.....
.....

PRONÓSTICO: FAVORABLE:..... DUDOSO: DESFAVORABLE: OTROS:

ESTIMACIÓN TIEMPO DE TRATAMIENTO: ACTIVO: PASIVO:

APARATOLOGÍA:

FIJA TECNICA:

MAXILAR SUPERIOR:

REMOV. (TIPO APARAT.):

MAXILAR INFERIOR:

MIXTA:

AMBOS MAXILARES:

APARATO EXTRAORAL (TIPO):

PIEZAS A EXTRAER: **MOTIVO:**.....

VERT: **DISCREPANCIA:**

OBSERVACIONES:
.....

FECHA ESTIMADA DE ALTA:

CONTROL POST FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO:

A 6 MESES: FECHA:/...../..... ESTADO: FIRMA:

A 12 MESES: FECHA:/...../..... ESTADO: FIRMA:

A 18 MESES: FECHA:/...../..... ESTADO: FIRMA:

MODELOS: (fecha)

INICIALES: () INTERMEDIOS: () FINALES: ()

A completar por Galeno

Cobertura del Paciente. PMO: Empresa:

COSTO TOTAL: \$

Cuota Inicial: \$

Cuotas Subsiguientes Cantidad () Valor ()

A cargo del Paciente:

IMPORTANTE: LA MISMA QUEDA SUJETA A LA AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y LA APROBACIÓN TÉCNICA DE "AUDITORÍA ODONTOLÓGICA". En caso de abandono de tratamiento, el profesional debe informar por medio fehaciente a GALENO a los efectos de asignación de responsabilidades.

FIRMA DEL TUTOR O ENCARGADO

FIRMA Y SELLO DEL ESPECIALISTA