

**ORDEN ODONTOLOGICA**

San Luis, ..... de ..... de 20 .....

Odontólogo: Dr. Dra.....

Afiliado N°.....

Nombre y Apellido: .....

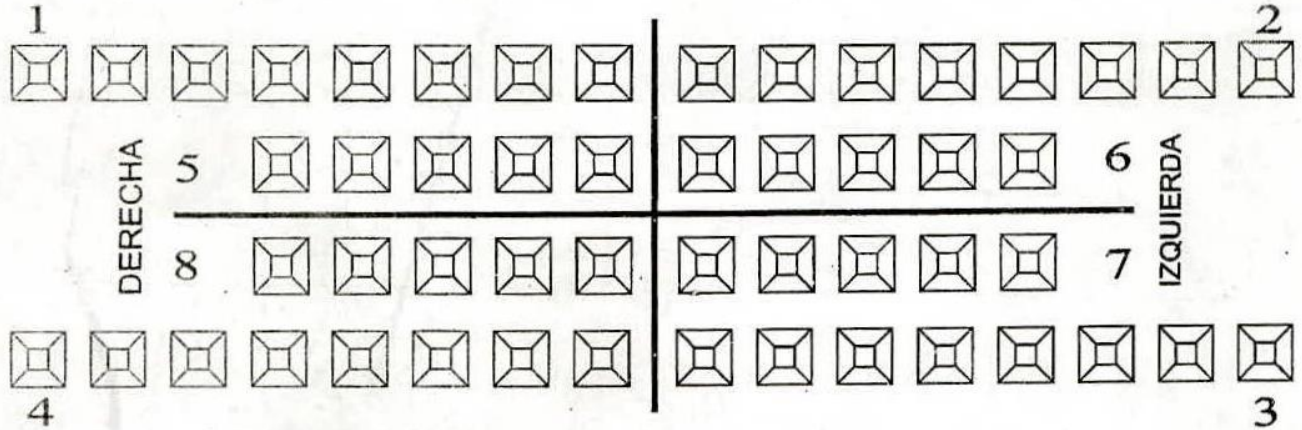
1° Recibo N°..... \$ .....

(Consulta)

2° Recibo N°..... \$ .....

(Coseguro)

**DIAGRAMA DENTARIO**



.....  
Fecha de atención

.....  
Firma del Profesional

Código	Pieza	Caras	Trabajos a realizar	ARANCEL		OBSERVACIONES
				Unitario	Total	
			TOTAL			Firma Afiliado

**INSPECCION ODONTOLOGICA**

Dr./Dra.....

Autorizo efectuar las siguientes prestaciones:.....

.....

.....

SAN LUIS, ..... de ..... de 20.....

.....  
Firma Autorizada