

San Luis, de de 20

Odontólogo Dr. Dra.

Afiliado N°

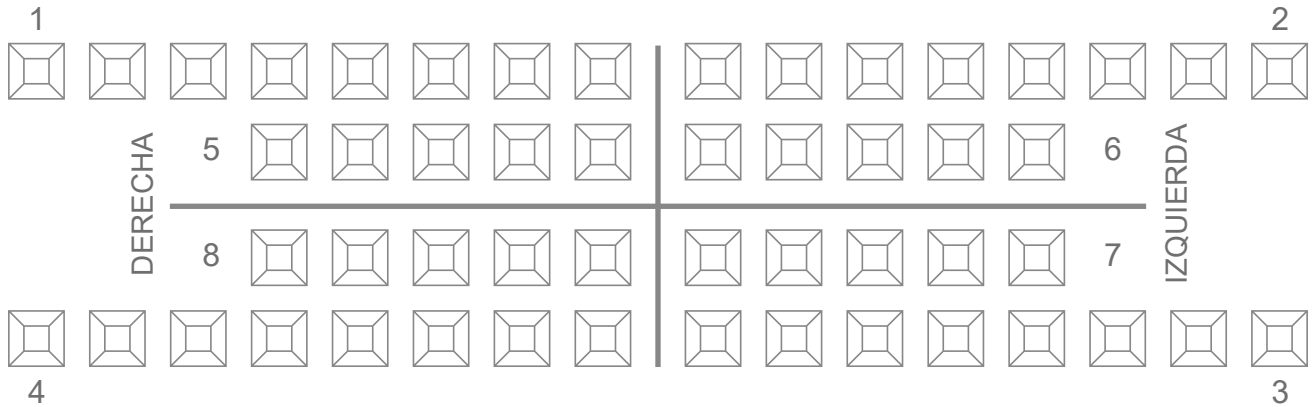
Nombre y Apellido

1° Recibo N° \$

(consulta)

2° Recibo N° \$

DIAGRAMA DENTARIO



.....
Fecha de Atención

.....
Firma del Profesional

Código	Pieza	Caras	Trabajos a Realizar	Arancel		OBSERVACIONES
				Unitario	Total	
Total						Firma Afiliado

INSPECCIÓN ODONTOLÓGICA

Dr. / Dra.

Autorizo efectura las siguientes prestaciones

.....

SAN LUIS, de de 20

.....
Firma Autorizada