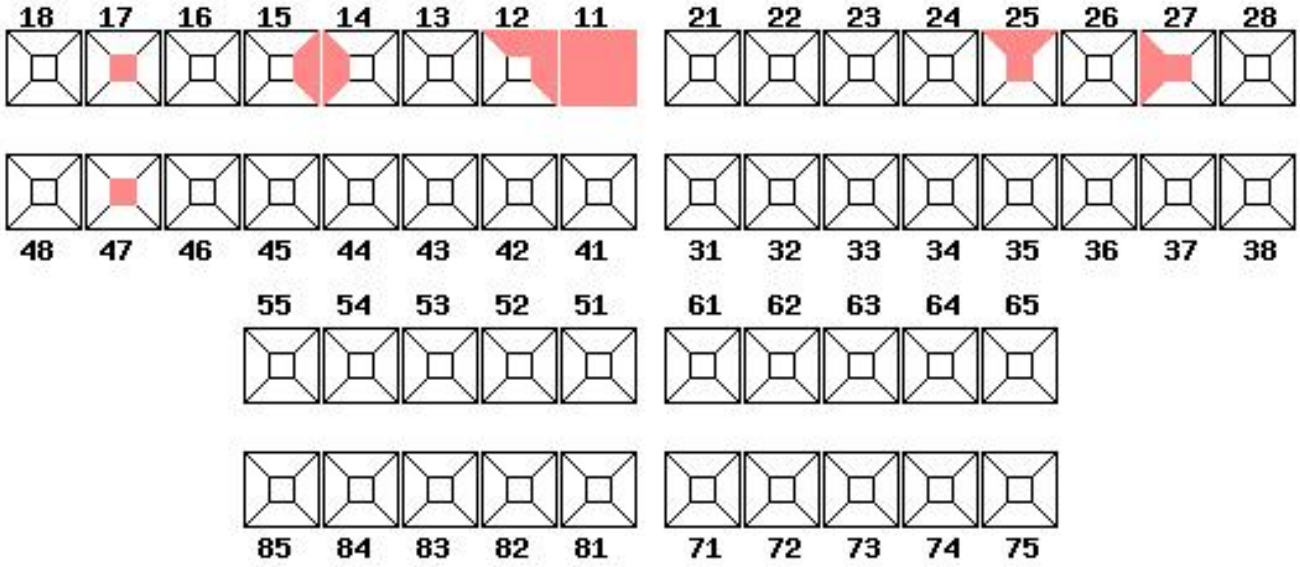
FICHA ODONTOLOGICA **HC**

O. SOCIAL:

Afiliado Nª: **Plan:** **Fecha de Nacimiento:**

Apellido: **Nombres:** **D.N.I.:**

Domicilio: **Localidad:** **Telefono:** /



Tension Arterial: *No* **Diabetes:** *No* **Alergias:** *No*

Firma y Sello del Profesional . . . . . .

Dia	*Prest*	*Pieza*	*Caras*	*Observ.*	*Firma*