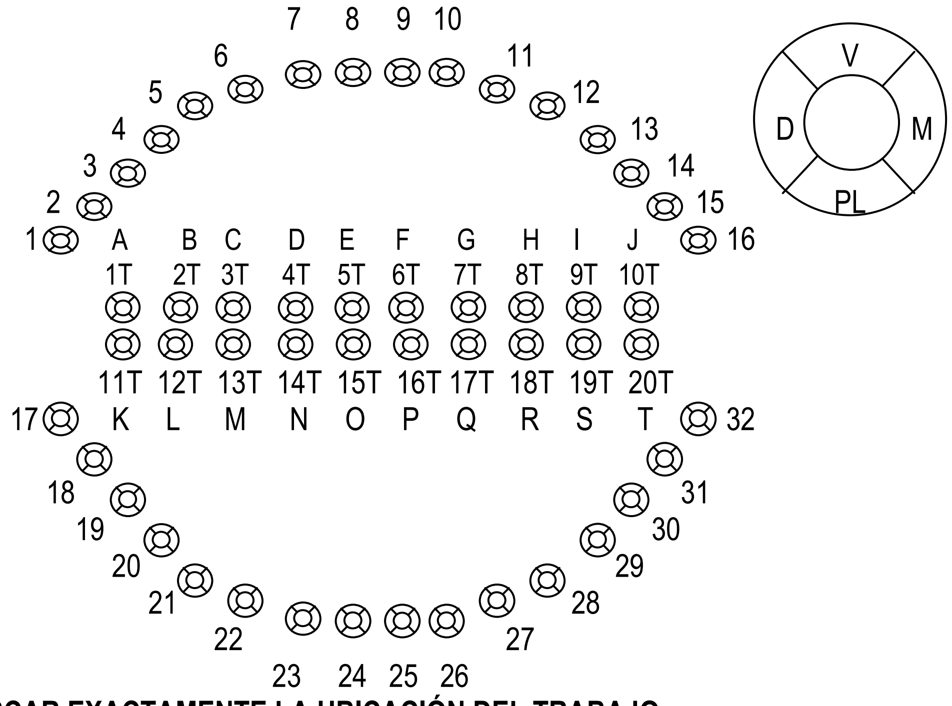
FORMULARIO DENTAL S.O.A.P.

Fecha						
Nombre Paciente			**RUT**
Edad paciente		**Fecha del Accidente:**	**Nº Siniestro**
Fecha 1ª Consulta					**Cotización Salud** Isapre ▭	Fonasa ▭ Ninguna ▭

Códigos							**Prestaciones**	**Pieza N°**	**Fecha de Atención**			**Valor Unitario**	**Valor Total**
									día	**Mes**	**Año**		
												Total $	

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL DIAGRAMA
Piezas Ausentes indicar con X, Piezas Extraídas indicar con E.
Piezas Obturadas indicar, rellenando el círculo en la parte correspondiente.
Prótesis Fija o Removible, efectuar dibujo circundando los círculos.
M = Mesial T = Triturante D = Distal P = Palatino L = Lingual V = Vestibular



MARCAR EXACTAMENTE LA UBICACIÓN DEL TRABAJO

Indicación oTratamiento

Tratamiento o procedimiento a utilizar:

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Tiempo Total de Duración estimado:

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Identificación Odontólogo

Rut : _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _   Fecha Presupuesto : _ _ /_ _/_ _

Apellidos :_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Nombres :_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Firma : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Siempre debe usar un formulario original (no fotocopiado).La autorización de presupuestos están sujetas a revisión de los topes de la Cobertura y Arancel UCO.

Observaciones : Uso Exclusivo Liquidador

_ _

_ _

Observaciones : Contralor BCI Cía. De Seguros
Monto Aprobado $ _ _ _ _ _ _ _
Fecha Aprobación _ _/_ _/_ _ _

_ _

_ _