

## FORMULARIO DE RECLAMO (DENTAL)

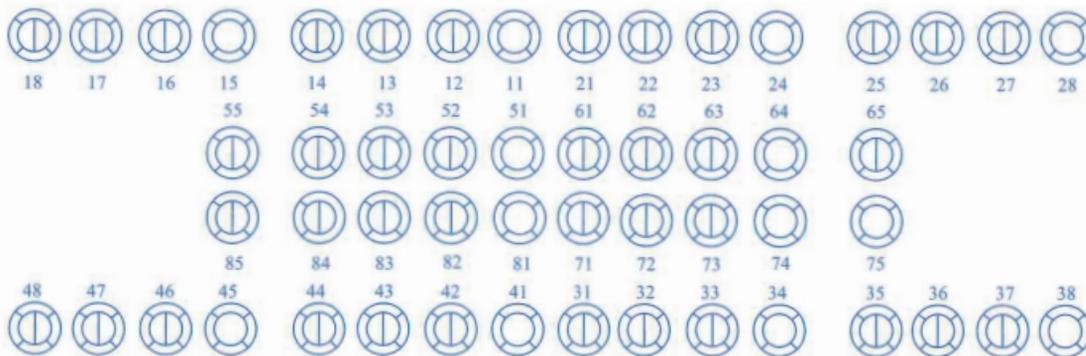
### DATOS PERSONALES

Nombre del Paciente:	Edad:	Sexo: M ( ) F ( )
Nombre del Titular:	Cédula del Titular:	
Nombre de Empresa:	Email:	

### HISTORIA DENTAL

Coronas Si ( ) No ( ) Piezas con corona:	Extracciones Si ( ) No ( ) Piezas extraídas:
Cirugías Si ( ) No ( ) Cordales:                      Otras:	Prótesis Si ( ) No ( )
Tratamiento Periodontal Si ( ) No ( )	Endodoncia Si ( ) No ( )
Implantes dentales Si ( ) No ( ) # Pieza:	Efectos adversos a la anestesia Si ( ) No ( ) Cual:

### ODONTOGRAMA



**Radiografías:**

Periapical

Paletas

Panorámica

Odontólogo Tratante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Código Colegio: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

