

Clave de autorización:

Fecha:			Día	Mes	Año	Plan:																																																																																											
Empresa:					Población:																																																																																												
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE																																																																																																	
Titular:			<input type="checkbox"/>	Cónyuge:			<input type="checkbox"/>	Hijo/a:		<input type="checkbox"/>	Otro:																																																																																						
Nombre y apellido del paciente:																																																																																																	
Número del usuario:				Fecha de nacimiento:			Día	Mes	Año																																																																																								
Domicilio:					Colonia:																																																																																												
Ciudad:				C.P.			Teléfono:																																																																																										
Nombre y apellido del titular:						Email:																																																																																											
VESTIBULAR																																																																																																	
Símbolos gráficos																																																																																																	
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">8</td> <td style="width:10%; text-align: center;">7</td> <td style="width:10%; text-align: center;">6</td> <td style="width:10%; text-align: center;">5/E</td> <td style="width:10%; text-align: center;">4/D</td> <td style="width:10%; text-align: center;">3/C</td> <td style="width:10%; text-align: center;">2/B</td> <td style="width:10%; text-align: center;">1/A</td> <td style="width:10%; text-align: center;">1/A</td> <td style="width:10%; text-align: center;">2/B</td> <td style="width:10%; text-align: center;">3/C</td> <td style="width:10%; text-align: center;">4/D</td> <td style="width:10%; text-align: center;">5/E</td> <td style="width:10%; text-align: center;">6</td> <td style="width:10%; text-align: center;">7</td> <td style="width:10%; text-align: center;">8</td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Derecha</td> <td colspan="14"></td> <td style="text-align: center;">Izquierda</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%; text-align: center;">8</td> <td style="width:10%; text-align: center;">7</td> <td style="width:10%; text-align: center;">6</td> <td style="width:10%; text-align: center;">5/E</td> <td style="width:10%; text-align: center;">4/D</td> <td style="width:10%; text-align: center;">3/C</td> <td style="width:10%; text-align: center;">2/B</td> <td style="width:10%; text-align: center;">1/A</td> <td style="width:10%; text-align: center;">1/A</td> <td style="width:10%; text-align: center;">2/B</td> <td style="width:10%; text-align: center;">3/C</td> <td style="width:10%; text-align: center;">4/D</td> <td style="width:10%; text-align: center;">5/E</td> <td style="width:10%; text-align: center;">6</td> <td style="width:10%; text-align: center;">7</td> <td style="width:10%; text-align: center;">8</td> <td style="width:10%;"></td> </tr> </table>											8	7	6	5/E	4/D	3/C	2/B	1/A	1/A	2/B	3/C	4/D	5/E	6	7	8		1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	Derecha															Izquierda	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3		8	7	6	5/E	4/D	3/C	2/B	1/A	1/A	2/B	3/C	4/D	5/E	6	7	8	
	8	7	6	5/E	4/D	3/C	2/B	1/A	1/A	2/B	3/C	4/D	5/E	6	7	8																																																																																	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2																																																																																
Derecha															Izquierda																																																																																		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3																																																																																
	8	7	6	5/E	4/D	3/C	2/B	1/A	1/A	2/B	3/C	4/D	5/E	6	7	8																																																																																	
Símbolos gráficos																																																																																																	
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">Símbolos gráficos:</td> <td style="width:10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width:20%;">Caries</td> <td style="width:10%; text-align: center;">=</td> <td style="width:20%;">Extracción</td> <td style="width:10%; text-align: center;">X</td> <td style="width:10%;">Diente ausente</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Corona</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Prótesis fija</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Prótesis removible</td> </tr> </table>										Símbolos gráficos:	<input type="checkbox"/>	Caries	=	Extracción	X	Diente ausente		<input type="checkbox"/>	Corona	<input type="checkbox"/>	Prótesis fija	<input type="checkbox"/>	Prótesis removible																																																																										
Símbolos gráficos:	<input type="checkbox"/>	Caries	=	Extracción	X	Diente ausente																																																																																											
	<input type="checkbox"/>	Corona	<input type="checkbox"/>	Prótesis fija	<input type="checkbox"/>	Prótesis removible																																																																																											
Marque con rojo el tratamiento a realizar					Marque con azul el tratamiento ya existente																																																																																												
No. de dientes																																																																																																	
Código	Nombre del procedimiento	Diente	Fecha	Firma de conformidad del paciente	Observaciones del Odontólogo																																																																																												

Nombre del Odontólogo

Firma y sello

FRANCISCO I. MADERO #712 ALTOS COL. DEL PRADO TEL. 01(899) 261-66-00

Una vez que el paciente firme dentro del presente formato de Ficha odontológica, autoriza para que tanto autoridades, administradora o empresa de la que esta dependa, tenga conocimiento o información de lo relacionado con la atención médica que este solicite, no reservándose ninguna acción o derecho por hechos derivados de la presente cláusula.

ORIGINAL/MULTISERVICIOS MÉDICOS SANTANDER

COPIA/MÉD. DENTAL

Este documento no será válido si es presentado con tachaduras o enmendaduras

USTED PUEDE CONSULTAR EL AVISO DE PRIVACIDAD COMPLETO A TRAVÉS DE www.mmsantander.com.mx