



REGISTRO DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS

USO INTERNO OPDEA				
CODIGO DEL PRESTADOR				

MES	AÑO	PACIENTE	SEX	EDAD	Nº BENEFICIARIO	PLAN

ODONTOLOGO:	Matric. Prof.								
-------------	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

DIA	PIEZA	CARA	CODIGO	CONFORMIDAD PACIENTE	DIA	PIEZA	CARA	CODIGO	CONFORMIDAD PACIENTE

OBSERVACIONES _____

Cantidad de RX Adjuntas

--	--

 Sello, Firma del Profesional

