



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

PARA SER UTILIZADO EXCLUSIVAMENTE EN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO EXTERNO

SR. PROFESIONAL:

A efectos de emitir correctamente la correspondiente orden odontológica, tenga la amabilidad de colocar la cantidad de códigos del tratamiento a realizar y datos completos del afiliado.

TITULAR:..... **DNI N°**..... **Código Habilitante**.....

BENEFICIARIO..... **DNI N°**..... **FECHA**...../...../.....

DOMICILIO..... **TELEFONO**.....

Capítulo II Operatoria dental:

70.02.01 X.....
70.02.02 X.....
70.02.08 X.....
70.02.09 X.....

Capítulo III Endodoncia:

70.03.01 X.....
70.03.02 X.....
70.03.05 X.....

Capítulo V Odontología Preventiva:

70.05.01 X.....
70.05.02 X.....
70.05.04 X.....
70.05.05 X.....

Capítulo VII Odontopediatría:

70.07.04 X.....

Capítulo X Cirugía Bucal:

70.10.01 X.....
70.10.06 X.....
70.10.09 X.....
70.10.11 X.....

Capítulo IX Radiología:

70.09.11 X.....
70.09.24 X.....
70.09.25 X.....
70.09.27 X.....

.....
Firma y sello del Profesional

.....
Firma del Afiliado

Sr. Prestador: Para la autorización deberá **cumplimentar** con el **odontograma**.

		<p>REFERENCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> X Diente Ausente. ● Restauraciones. ○ Coronas. ⌘ Pernos Muñones ≡ Tramos - Puentes. □ Prótesis remov. I Endodoncias P Periodoncias ~ Ortodoncia. ~ Cantidad de dientes
Derecha		Izquierda