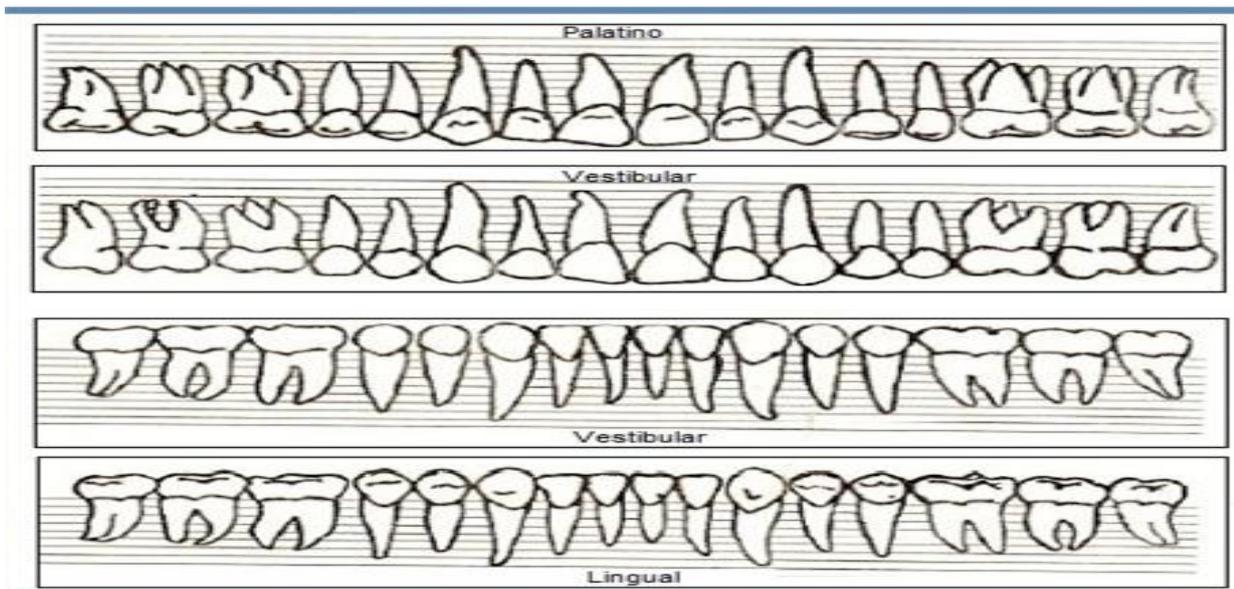


FICHA GINGIVAL

Apellido: Nombre:
 Tipo de Documento: N°: Fecha Nacimiento: ... /... /...
 Teléfono Móvil: Teléfono fijo:
 Localidad: Dirección: Numero:
 Plan: N° Asociado:



Diagnostico :

Pronostico:

Descripción de la técnica utilizada:

El paciente podrá ser llamado por el Área de Auditoria Odontología de Sancor Salud a fines de solicitar información del tratamiento recibido

Fecha: _____ Firma y Sello del Profesional: _____