O. S. I. T. A. C.

Obra Social de la Industria del Transporte Automotor de Córdoba

I. N. O. S. Nº. 1-2150

HISTORIA CLINICA

Marque cualquiera de las afecciones que haya tenido con una X

Problemas cardíacos	☐	Hepatitis	☐	Alergias	☐
Presión sanguínea alta	☐	Ulcera de estómago	☐	Sinusitis	☐
Presión sanguínea baja	☐	Dolores de cabeza	☐	Artritis	☐
Enfermedades venéreas	☐	Cáncer	☐	Sida	☐
Fiebre reumática	☐	Diabetes	☐	Epilepsia	☐
Embarazo	☐	Alteraciones nerviosas	☐	Fuma	☐

1- Por la presente autorizo al Dr.: .... y/o Asociados o ayudantes de su elección a realizar el siguiente tratamiento: ....
....
....
....

2- He conversado con el profesional sobre la naturaleza y propósitos del tratamiento, sobre la posibilidad de complicaciones, los riesgos y posibles alternativos del tratamiento.

3- Autorizo al Dr.: ....
a proveer los servicios o tratamientos adicionales que considere razonables, incluyendo, aunque no limitados a ellos, la administración de anestesia local, prácticas radiológicas y otros métodos de diagnóstico.

....	....	....
Firma paciente	Aclaración	Nº Documento

FICHA CATASTRAL ODONTOLOGICA

Afiliado Nº ....

Apellido y Nombre: ....

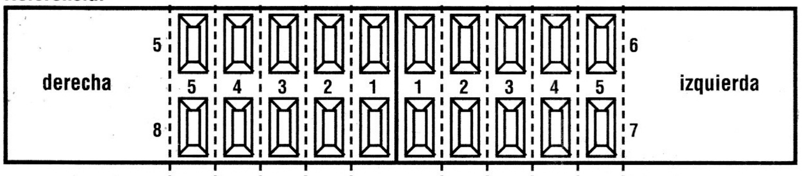
Domicilio: ....

Edad: .... Tel. ....

Odontólogo: .... Matr.: ....

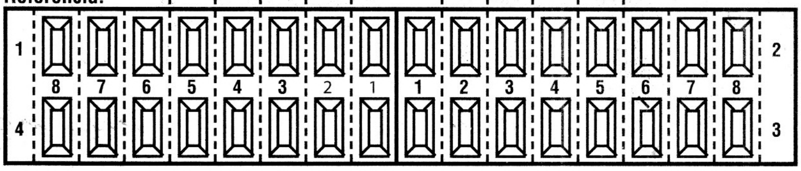
Lugar y Fecha: ....

Referencia:



Referencia:

Referencia:



Referencia:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OBRA SOCIAL

DIA	MES	AÑO	DIENTE	CARA	TRATAMIENTO COD	ODONTOLOGO	OBSERVACIONES