Plan de tratamiento dental

Clínica / dentista _____

Fecha _____

Paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Teléfono _____

#	Diente	Diagnóstico	Procedimiento	Coste est.	Estado
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Total estimado _____

Pagado hasta la fecha _____

Saldo _____

Notas y alternativas comentadas

_____

_____

Firma del paciente _____

Firma del dentista _____