

INFORME DE ORTODONCIA
(ESCRIBIR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE)

FECHA SOLICITUD:

PACIENTE: RUT:

DENTISTA TRATANTE: RUT:

FECHA DE LA INSTALACIÓN:

FECHA PRIMER CONTROL:

DIAGNÓSTICO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PLAN DE TRATAMIENTO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

APARATOLOGÍA (ESPECIFICAR ACARCADA: SUPERIOR, INFERIOR O AMBAS):

.....
.....
.....

TIEMPO ESTIMADO DE DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:

.....
.....
.....