

# PRESUPUESTO DENTAL

DIA	MES	AÑO

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_



**Marcar exactamente la ubicación del trabajo**

RESUMEN DE LAS INTERVENCIONES	PRESUPUESTO	APROBADO
Extracción piezas N° _____	_____	_____
Amalgamas simples piezas N° _____	_____	_____
Amalgamas compuestas piezas N° _____	_____	_____
Incrust. de _____ piezas N° _____	_____	_____
Incrust. de _____ piezas N° _____	_____	_____
Porcelana sintética piezas N° _____	_____	_____
Obturación de _____ piezas N° _____	_____	_____
Prótesis _____ piezas N° _____	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
<b>FIRMA DEL DENTISTA</b>		
<b>TOTAL \$</b>		

NOMBRE DENTISTA SR. \_\_\_\_\_ COLEGIO DE DENTISTAS A.G.

DOMICILIADO EN: \_\_\_\_\_ REGISTRO N° \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ RUT N° \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO SERVICIO DE SALUD ARAUCO**

\_\_\_\_\_  
**Vº Bº DENTISTA CONTRALOR**