

**HOJA DE GASTOS DE CONSULTA  
ODONTOLÓGICA**

FECHA VIGENCIA  
2014 - 01 - 01

DOCUMENTO  
CONTROLADO

Centro de Atención: \_\_\_\_\_ EPS: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_

Entidad: \_\_\_\_\_ Régimen: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Consulta Externa

Consulta Urgencias

Procedimientos Odontológicos	Can.	Dx.	Terp.	Dect.	Prot.	Procedimientos Odontológicos	Can.	Dx.	Terp.	Dect.	Prot.
Consulta externa por Odontológico						Extracción Seriada					
Examen Clínico por Primera Vez						Exodoncia Simple De Unirradiculares					
RX (Periapicales y/o Coronales)						Exodoncia Simple de Multirradiculares					
OBTD 1 Sup en Amalgama o Plata						Resección de Capuchón Pericoronario					
OBT 1 Sup. Adicional en Amalgama Plata						Tto. de Conductos Dientes Temporales					
OBTD 1 Sup en Resina de Fotocurado						Exodoncia Diente Temporal					
OBTD 1 Sup Adic. en Resina de Fotocurado						Con de Placa Clasif de Riesgo e Inst de Hi					
OBTD 1 Def. de 1 Sup en Ionometro D Vidio						Control de Placa de Cepillado					
OBT Def. 1 Sup Adic en Ionometro D Vidio						Educ en Salud Oral y Control de Riesgos					
REC D Tercio Incisal con Resid D Fotocur						Extraoral					
REC D Angu Incisal con Resina D Fotocur						Aplic Tópica Seriado de Fluoruros Niños					
Inser c y Dren de Absceso Cav Rucal Intrao						Aplic Tópica Seriado de Fluoruros Adultos					
Gingivectomía (cada diente)						Terapia de Mant Sesión Incluye Profilix					
Cure V/o Alisa Rad Campo Cerra (c/diet)						Aplic Sellantes d Fotoc en Foseta y Fisú					
Tratamiento Conducto Unirrad con RX						Consulta de Urgencias por Odontólogo					
Tratamiento Conducto Birrasit con RX						Remoción Cuerpo Extr. Tef. Blandos Boca					
Tratamiento Conducto Multir con RX						Otros					

CONDICIONES DE LA USUARIA		CAUSA EXTERNA			
1	Embarazo 1er. Trimestre	1	Accidente de Trabajo	6	Lesión Autoinfringida
2	Embarazo 2do. Trimestre	2	Accidente de Trabajo	7	Maltrato
3	Embarazo 3er. Trimestre	3	Otros Accidentes	8	Enfermedad General
4	No Embarazada	4	Evento	9	Enf. Profesional
		5	Lesión por Agresión	10	Otros

CONSULTA	COD
PRIMERA	
REPETIDA	

Dx. de Ingreso \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO  
 ODONTÓLOGO

\_\_\_\_\_  
 FIRMA PACIENTE C.C.

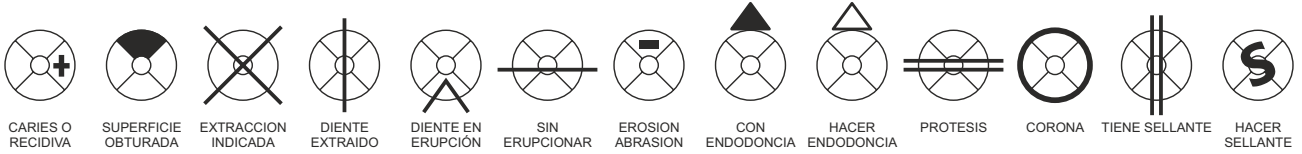
\_\_\_\_\_  
 CAJERO

\$

\_\_\_\_\_  
 COPAGO

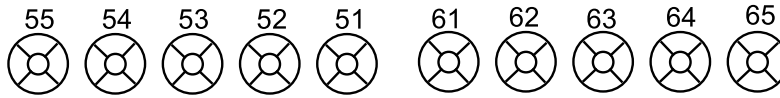
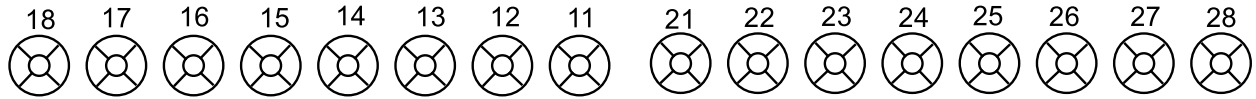
**ODONTOGRAMA**

**CONVENCIONES**



CARIES  SI  NO    OBTURADOS  SI  NO

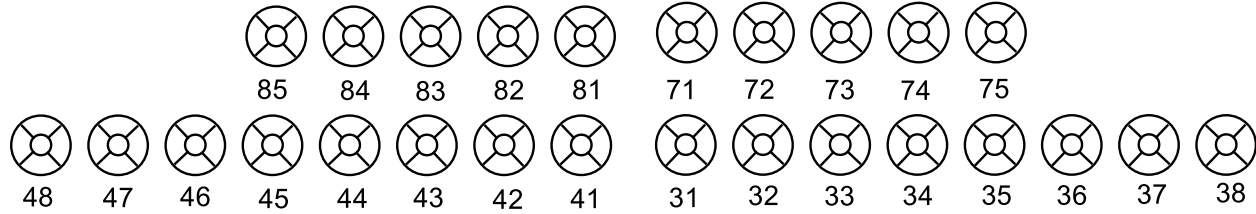
**VESTIBULAR**



**DERECHO**

**LINGUALES**

**IZQUIERDO**



**OTRAS OBSERVACIONES:**