

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