INFORME FINAL DE ACTIVIDADES TECNICAS	
DATOS BÁSICOS DEL CONVENIO	
CONVENIO N°	***CAS-20230027***
NOMBRE DEL CONTRATISTA	***ASOCIACION RESTAURANDO HUELLAS*** ***NIT: 901063754-3***
REPRESENTANTE LEGAL	*MARIA MIREYA GARCIA PACHECO*
CC No	*23.315.988 de Arcabuco*
TELÉFONO DE CONTACTO	*3156389840*
VALOR CONVENIO	*CIENTO SIETE MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS CON QUINCE CENTAVOS M/CTE ($107.142.857,15)*
APORTE MUNICIPIO	*SETENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/TE ($75.000.000)*
ADICION N° 1 MUNICIPIO	TREINTA MILLONES DE PESOS M/CT ($30.000.000)
APORTE ASOCICION	*TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS CIENTO CUARENTA Y DOS OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS CON QUINCE CENTAVOS M/CTE ($32.142.857.15)*
ADICIONAL N° 1 APORTE ENTIDAD ASOCIADA	TRECE MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/CT ($ 13.150.000)
RUBRO PRESUPUESTAL	*2.3.1.41.04.1500.01 ATENCION PROGRAMA ADULTO MAYOR/SUPERÁVIT RP LIBRE DESTINACION*
FECHA ACTA DE INICIO	*7 de noviembre de 2023*
FECHA DE TERMINACIÓN	*20 DE DICIMBRE SIN SUPERAR LA VIGENCIA FISCAL 2023*
OBJETO DEL CONTRATO	*ATENCION A ADULTO MAYORES DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS, A TRAVES DE VALORACIONES, ELABORACION Y COLOCACION DE PROTESIS DENTALES EN EL MUNICIPIO DUITAMA.*
EN CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO CAS-20230027	
1. ***DEL 10 DE NOVIEMBRE AL 12 DE DICIEMBRE INSCRIPCIONES***	*Inscripción de adultos mayores inicialmente priorizados por la oficina de programas social, con el fin de determinar la viabilidad para la elaboración prótesis dentales parciales a la población del Municipio de Duitama.*
➢ ***DEL 9 DE NOVIEMBRE AL 12 DE DICEMBRE***	*Recepción de usuarios inscritos y el alistamiento para atención se realizó teniendo en cuenta el protocolo de bioseguridad para la atención odontológica de pacientes ajustado a la resolución 1155 de 2020 de la siguiente forma:* • *Desinfección de manos con alcohol al 70%* • *Ingreso al centro de atención* • *Lavado de manos con Jabón antimaterial (dispensador con sensor)* • *Secado de manos con toallas de papel.* • *Se hace entrega de elementos de bioseguridad (babero-gorro-alcohol-toalla desechable) a cada uno de los pacientes para iniciar su atención.* • *Valoración odontológica y diligenciamiento de historia clínica.* • *Toma de 112 Impresiones Dentales* • *Registros* • *Prueba de enfilados 112 prótesis dentales.*

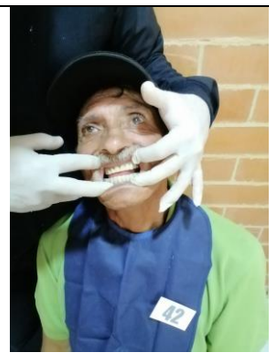
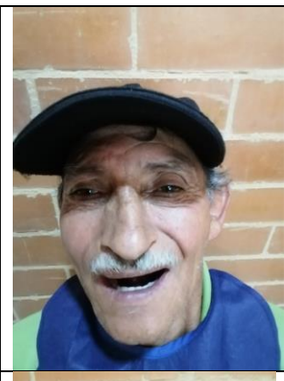
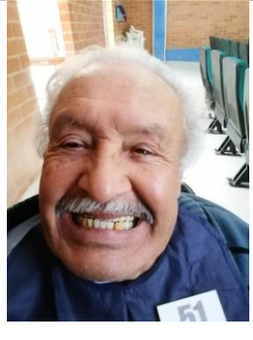
	• *Elaboración de 112 prótesis dental parcial removibles elaboradas en resina acrílica termo y auto poilimerizable-monómero y polímero con dientes acrílicos en dos capas y retenedor en acrílico o en metal según el caso.*
BALANCE GENERAL A LA FECHA	*Entrega y adaptación de 175 prótesis dentales parciales a los adultos mayores beneficiarios del programa Sonrisas doradas de la ciudad de Duitama, con el fin de rehabilitar los maxilares superior e inferior según la necesidad de cada beneficiario.* *Estas prótesis han sido entregadas a entera satisfacción, las cuales han sido probadas y adaptadas a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño con los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes de cada beneficiario.* *Al momento de la entrega cada beneficiario ha sido capacitado en el uso adecuado de la prótesis dental.* *Total, prótesis entregadas: 175*
OBSERVACIONES *Manejo historias clínicas* *MINISTERIO DE SALUD RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999 (Julio 8) Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica EL MINISTRO DE SALUD En ejercicio de las facultades legales y en especial las conferidas por los artículos 1, 3, 4 y los numerales 1 y 3 del artículo 7 del Decreto 1292 de 1994.*	

LISTA DE BENEFICIARIO MUNICIPIO DE DUITAMA 2023

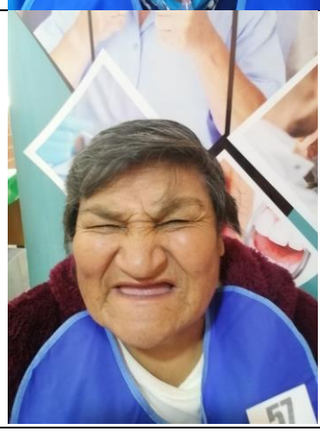
No.	Nombre y Apellidos	Cedulas	Prótesis	
			Superior	Inferior
41	*Rosa María ríos Gómez*	*42052635*	*1*	*1*
42	*Alberto pesca cabra*	*7219130*	*1*	*1*
43	*Luis Guillermo pesca*	*7215189*	*1*	*1*
44	*Jesús Ernesto Rodríguez*	*4110308*	*1*	*1*
45	*Ezequiel Angarita rojas*	*91516357*	*1*	*1*
46	*María alba López de Angarita*	*23912303*	*1*	
47	*Enrique Martínez niño*	*19174242*	*1*	*1*
48	*Ana María Manrique*	*23548770*		
49	*Luis Guillermo corredor chaparro*	*7212161*	*1*	*1*
50	*Carlos julio Téllez Pérez*	*4102257*	*1*	*1*
51	*Luis Álvaro Orjuela sosa*	*17092068*	*1*	*1*
52	*María custodia niño de Suárez*	*23552451*	*1*	*1*
53	*María Cecilia Martínez*	*23808947*		
54	*Ana del Carmen Aguilar*	*37791324*	*1*	*1*
55	*Aureliano cuervo cogaria*	*4111351*	*1*	*1*
56	*Blanca Cecilia caro*	*41469846*	*1*	
57	*Mercedes niño de mejía*	*23548954*	*1*	*1*
58	*Jairo Adolfo Quiroga Sánchez*	*3047859*		
59	*Rosa Miriam Benítez Vergara*	*23912263*	*1*	*1*
60	*María Elvia Cáceres Cáceres*	*23912187*	*1*	*1*
61	*Waldina del Carmen Pedraza*	*46662340*	*1*	*1*
62	*Claudia Patricia Manrique*	*51675912*	*1*	*1*

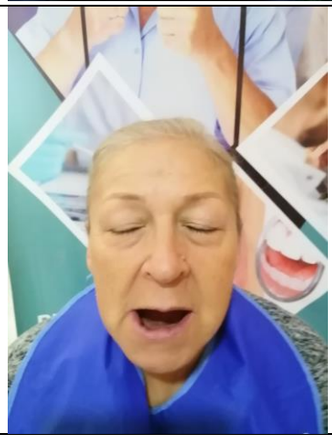
63	José Edilberto Sandoval Sandoval	7224770		
64	José Alirio pinzón	7218651		1
65	Víctor Manuel Alvarado Díaz	17042887	1	1
66	Ligia rincón	41314657	1	1
67	Lilia del Carmen niño celi	46667027	1	1
68	Marta Lucía Rodríguez González	46660676	1	1
69	Ana María Gómez	466660326	1	1
70	Agripina González	23551504	1	1
71	aura María ramos	46662477	1	1
72	blanca flor poveda	41619895	1	1
73	María Cecilia Albarracín Fonseca	23595224	1	1
74	José Vicente cabra	1046682	1	1
75	maría verónica Ávila	23545382	1	
76	Teófila cely de rincón	23448966	1	1
77	Pablo Antonio Rincón cristancho	9514364	1	1
78	María Ovidio García de mejía	24148241	1	1
79	Francelina moreno Vega	33449434	1	1
80	Flavio clemente González	1013425		
81	Cenobia del Carmen casa Ochoa	24182676	1	1
82	Cenelia torres	23549400	1	1
83	Josefina Aguillón Marín	23542362	1	1
84	Roberto cárdenas naranjo	4243082	1	1
85	Beatriz Elena Hernández rivera	23550130	1	1
86	Julio Orlando Sánchez	7217909		
87	José Miguel Becerra Fonseca	7219625	1	
88	María Brisa bueno	41378522	1	1
89	María Inés infante	23547615	1	1
90	Luz estela Tangarife López	30275588	1	1
91	María Nieves Sandoval	23549468	1	1
92	María del Carmen López	24175205	1	1
93	Rosa Inés Salamanca	23554471	1	1
94	Magdalena Obregón Tinjacá	23544051	1	1
95	Ana Lucía pinzón Suárez	23552408	1	1
96	Flor de María López Rodríguez	23554616	1	
97	Gloria Cecilia Valderrama chaparro	23555727	1	1
98	María Eva Chinome de Téllez	23544978		
99	Policarpo Mojica Marín	7214881		
100	Gustavo Fernández González	7217946	1	1
101	José Fernando Leguizamón González	4209780		
102	José Antonio Parra Sánchez	7214500	1	1
103	Henry Hernández	4119202		
104	Eduardo rincón rojas	7212079	1	1
105	Roque Julio León cuadrado	91203450	1	1
106	Eliodoro Lozano Andrade	643770	1	1
107	Eva Gil de pita	23548466	1	1
108	Carlos Julio mejía	1142348	1	1
109	Mary Pineda infante	23551554		
110	Pedro Antonio moreno	7210315		
111	Ana Rosa Espinosa	35486980		
112	José cándido González	7213170		
113	María alba Sánchez	23336708		
114	María otilde Sánchez	23336707		
115	Pablo Emilio reyes	7213876		
116	Juan Felipe Novoa Cáceres	7488542		
117	María Rosalba Valderrama	46660685		

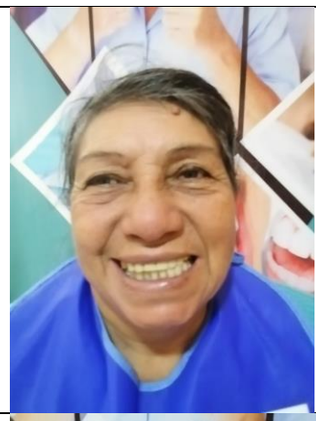
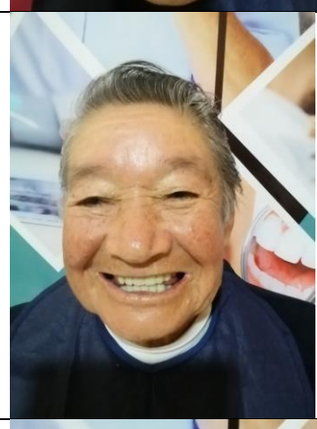
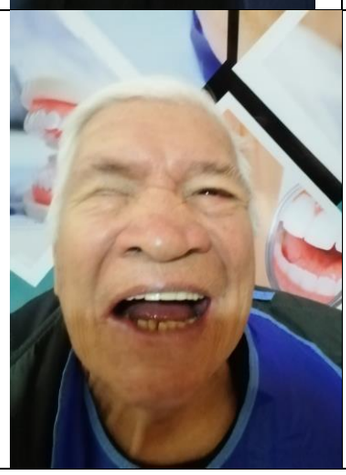
118	*Leónides Pérez Barbosa*	*23551059*		
119	*Inés del Carmen González*	*23548058*		
120	*Rita Delia avellaneda*	*23910850*		
121	*Ana Gilma puerto Chinome*	*23553038*	*1*	*1*
122	*Jose Gabriel Higuera*	*41096890*		
123	Luis Fernando Botia	7219352		
124	Jose Santos Pita	12098848		
125	Maria Brígida Fonseca	23547754		
Subtotal			*58*	*54*
TOTAL		*112*		

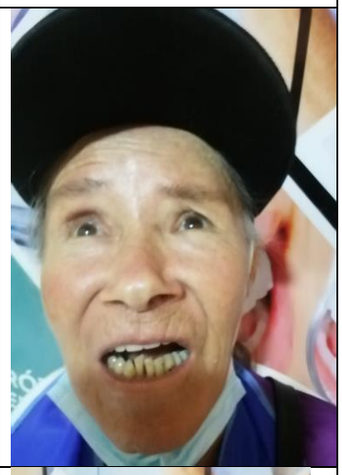
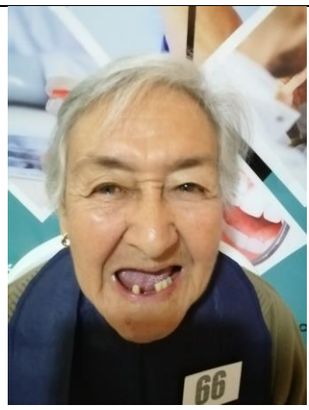
1			
2			
3			
4			

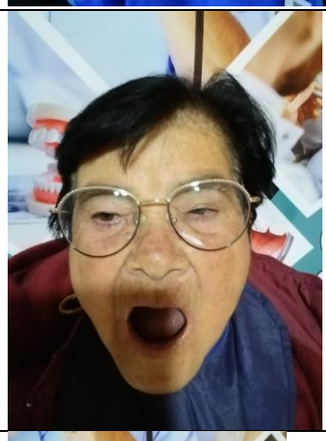
5			
6			
7			
8			
9			

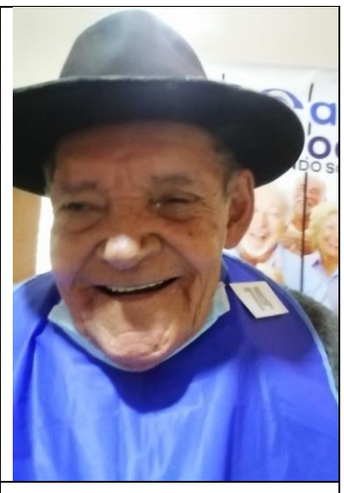
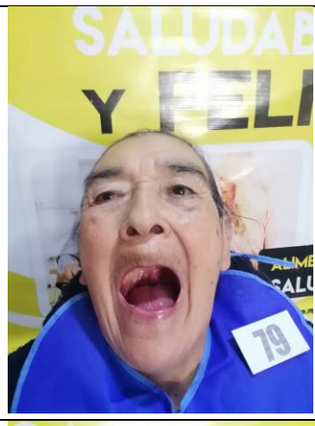
10			
11			
12			
13			
14			

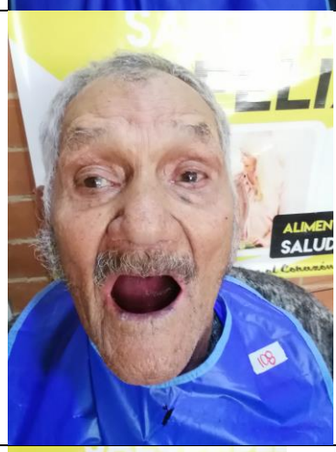
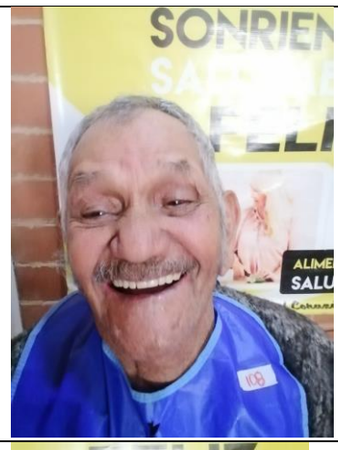
15			
16			
17			
18			

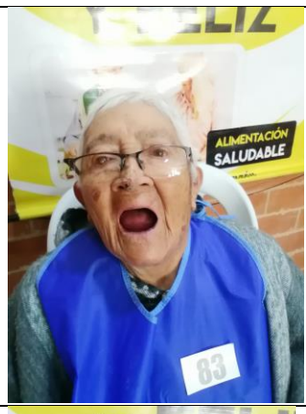
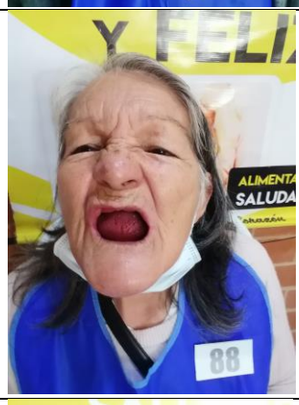
19			
20			
21			
22			

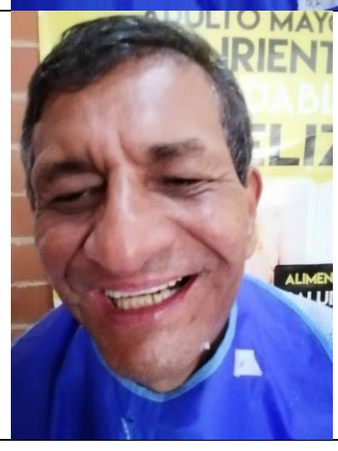
23			
24			
25			
26			

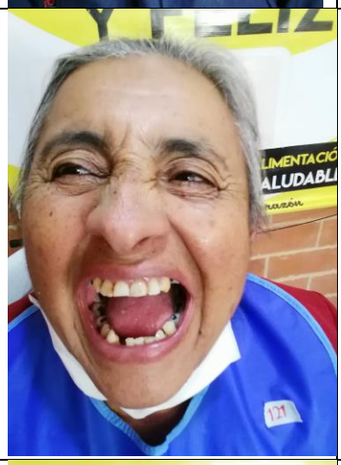
27			
28			
29			
30			

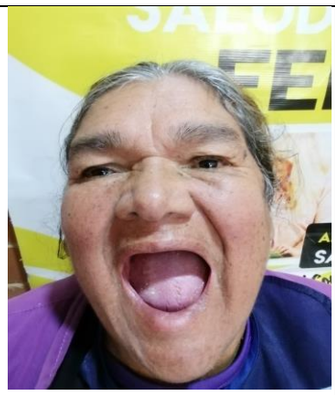
31			
			
			
			

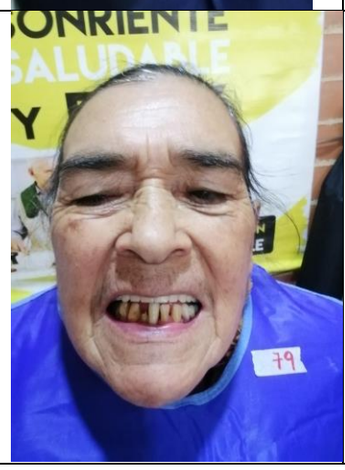
			
			
			
			

	 ALIMENTACIÓN SALUDABLE 83		
	 88		
	 84	 84	
	 89		
	 91		

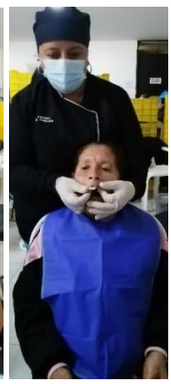
			
			
			
			

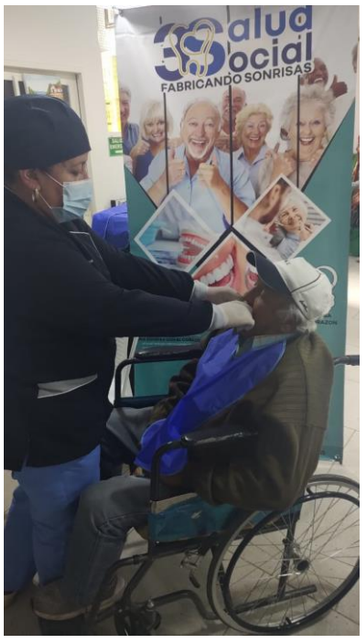
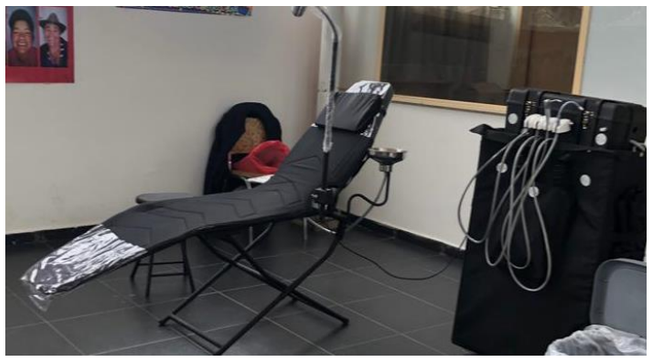
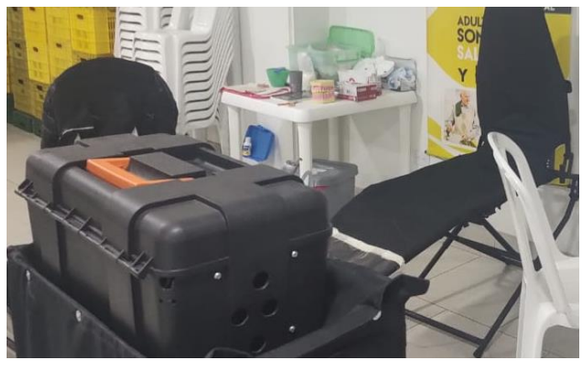




FABRICANDO SONRISAS

CUIDADOS


Salud Social
FABRICANDO SONRISAS



Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 10-11-2023

Yo Rosa María Ríos Gomez **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 42.052.635 **de** Andes Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Firma Paciente ó Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 17 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Rosa María Gomez Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 42.052.635 de Andes y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

Trav. 5A # 23-23 3145917387

75.

41 13

REPUBLICA DE
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.052.635

RIOS GOMEZ
APELLIDOS

ROSA MARIA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-JUL-1948

ANDES
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

23-NOV-1978 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-2400100-54127261-F-0042052635-20041112 02809 04317A 02 169571091

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Alberto Pesca Cabra **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 7219.130 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior V Inferior X a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Alberto Pesca
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 23 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior V del señor (a) Alberto pesca Cabg Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 7.219.130 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Alberto Pesca
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

Cr 17 # 21-19 Baticano 142



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.219.130

PESCA CABRA

APELLIDOS

ALBERTO

NOMBRES

FIRMA

Cel: 3203841290 Hija



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-1959

DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

09-SEP-1981 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0707900-00823183-M-0007219130-20160506 0049673710A 2 7293693706

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-23

Yo Luis Guillermo Pesca **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 7.215.189 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 23 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Luis Guillermo Pesca Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 7.215.189 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
Prótesis Dental Removible	Superior	X	Inferior	X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

43

Cel 3102898041

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 7.215.189

PESCA CABRA

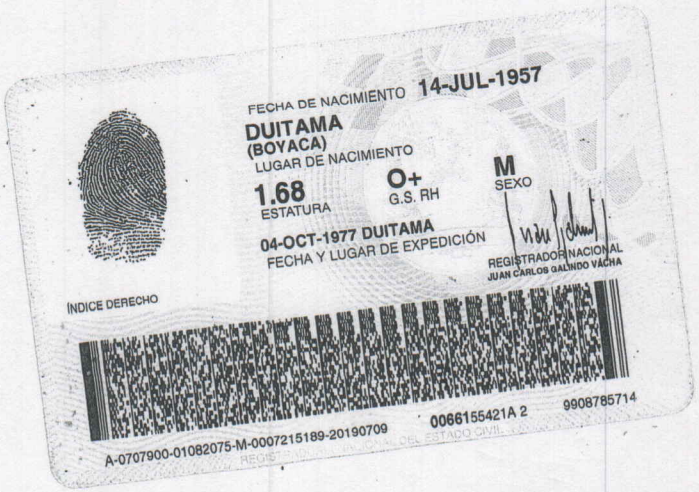
APELLIDOS

LUIS GUILLERMO

NOMBRES

FIRMA





Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-23

Yo Jesus Ernesto Rodriguez **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 4.110.308 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 23 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Jesus Ernesto Rodriguez identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.110.308 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

~~15~~

3145636363.

Sisben. B4.

44

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.110.308

RODRIGUEZ TORRES
APELLIDOS

JESUS ERNESTO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-DIC-1946

DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

25-ABR-1968 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0707900-34157082-M-0004110308-20070522 04915 07142A 02 222558534

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Ezequiel Angarita Rojas **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 9.516.357 **de** Betetiva declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) ezequiel Angarita Rojas Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 9.516.357 de Betetiva y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

45

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9.516.357

ANGARITA ROJAS
APELLIDOS

EZEQUIEL
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1952
BETEITIVA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

20-AGO-1973 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-0707900-00630910-M-0009516357-20141004 0040409381A 1 41259260

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Maria Alba Lopez de Argarita **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.912.303 **de** Caicedonia Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior ____

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Maria Alba Lopez
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior ____ del señor (a) Maria Alba Lopez de A. Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.912.303 de Caicedonia y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Maria Alba Lopez
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

46.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.912.303**

LOPEZ De ANGARITA

APELLIDOS

MARIA ALBA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-AGO-1958**

CAICEDONIA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-ABR-1979 PAZ DE RIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00623264-F-0023912303-20140915 **0040062147A 1** 7293048546

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Enrique Martinez Niño **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 19.174.242 **de** Bucaramanga Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Enrique Martinez Niño Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 19.174.242 de Bucaramanga y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
Prótesis Dental Removible	Superior	X	Inferior	X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

47

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.174.242

MARTINEZ NIÑO
APELLIDOS

ENRIQUE
NOMBRES

FIRMA



cel: 3123708817.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1952
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

24-SEP-1973 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0707900-43156909-M-0019174242-20070313 03407 07072A 02 222557532

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

VALORACION ODONTOLOGICA	VALORACION No. 48	FECHA		
		DD	MM	AA
		28	10	23

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO				2º APELLIDO			NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Manrique				—			Ana maria	23.548.770
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO		DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F	M		
Socha	12	03	47	76	X		Cll 11 # 20-32	3124706356
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE				TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE				

2. MOTIVO DE CONSULTA: Paso (o de las prolesis.

3. ANTECEDENTES MEDICOS: Hipertensión

5. DIAGNOSTICOS: R. R. Paciente que presento restos radiculares y enfermedad periodontal.

6.APTO PARA REHABILITACION CON PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE SI APTO _____ NO APTO X

CONTROL DE ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad	Fecha	Firma del paciente	Firma del odontólogo
Valoración, diligenciamiento de historia clínica y fase higiénica	08-11-2023		
Toma de impresiones, registro de mordida elección de color y tamaño de dientes			
Prueba de enfilado			
Entrega de prótesis y ajustes			
Control			

Los 1 pm

3124706356

48

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.548.770

MANRIQUE
APELLIDOS

ANA MARIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1947
SOCHA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

03-ABR-1975 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0707900-34163141-F-0023548770-20080623 0004508175I 01 210733062

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Luis Guillermo Corredor Chaparro **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 7.212.161 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Guillermo Corredor

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Luis Guillermo Corredor C. Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 7.212.161 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Guillermo Corredor

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

FIRMA ODONTOLOGO

49

3170110330.

Cr 8 #9B-25

B. Guadalupe.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.212.161

CORREDOR CHAPARRO

APELLIDOS

LUIS GUILLERMO

NOMBRES

Guillermo Corredor

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-1952

DUITAMA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

24-MAR-1975 DUITAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00130815-M-0007212161-20081123 0006759612A 2 27621407

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Carlos Julio Tellez Perez **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 4.102.257 **de** Chita Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Carlos Julio Tellez Perez Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.102.257 de Chita y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

50

3144195408

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **4.102.257**

TELLEZ PEREZ
APELLIDOS

CARLOS JULIO
NOMBRES

Carlos Julio Tellez Perez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUN-1945**
CHITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

29-JUL-1966 CHITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A 0707000 00844451 M 0004102257 20160824 0050705830A 1 7993979649

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Luis Alvaro orjuela Rosa **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 17.092.068 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Luis Alvaro orjuela Sosa Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 17.092.068 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

Cr 18 # 22-66 3124706356

80 años.

51

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.092.068
ORJUELA SOSA
APELLIDOS
LUIS ALVARO
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-JUN-1943
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

10-MAR-1965 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0707903-00147482-M-0017092068-20090120 0009605070A 1 7300004878

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Maria Custodia niño de suarez **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.552.451 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problernas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Maria Custodia Niño
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Mancilla
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Maria Custodia niño S. Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.552.451 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
Prótesis Dental Removible	Superior	X	Inferior	X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Maria Custodia Niño
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Mancilla
FIRMA ODONTOLOGO

3144871237

52

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.552.451

NIÑO De SUAREZ

APELLIDOS

MARIA CUSTODIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO.

FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1959

DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

19-OCT-1978 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00126289-F-0023552451-20081109 0005655978A 1 7300003258

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

VALORACION ODONTOLOGICA	VALORACION No. 53.	FECHA		
		DD	MM	AA
		28	10	23

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Montañez		Maria Cecilia	23808447

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AA	EDAD	SEXO F	SEXO M	DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
Beteitiva	25	04	57		X		Cra 20 #1 Leonardo Quintero	3115054927

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE	

2. MOTIVO DE CONSULTA: Para lo de la prótesis

3. ANTECEDENTES MEDICOS: No refiere

5. DIAGNOSTICOS: R.R Paciente con multiples restos radiculares y enfermedad Periodontal

6.APTO PARA REHABILITACION CON PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE SI APTO _____ NO APTO X

CONTROL DE ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad	Fecha	Firma del paciente	Firma del odontólogo
Valoración, diligenciamiento de historia clínica y fase higiénica	08-11-2023	Cecilia	Patricia
Toma de impresiones, registro de mordida elección de color y tamaño de dientes			
Prueba de enfilado			
Entrega de prótesis y ajustes			
Control			

7

53

Cr 20 #1 candido quinter.
Parte Alta

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.808.947**

MONTAÑEZ
APELLIDOS

MARIA CECILIA
NOMBRES

FIRMA



3115054927



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ABR-1957**
BETEITIVA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

15-JUL-1977 NOBSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00403037-F-0023808947-20121002 0031284994A 2 7291944058

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Ana del Carmen Aguilar de Rodriguez **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 37.791.324 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 8 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Ana del Carmen Aguilar Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 37.791.324 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **37.791.324**

AGUILAR De RODRIGUEZ

APELLIDOS

ANA DEL CARMEN

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1947**

DUITAMA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

16-ENE-1969 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0707900-01329863-F-0037791324-20221121 0090829127A 1 8505375957

ESTADO CIVIL

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Aureliano Cuervo Cogania **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 4.111.351 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Aureliano Cuervo C

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Aureliano Cuervo Cogania Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.111.351 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior 1

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Aureliano Cuervo C

FIRMA BENEFICIARIO

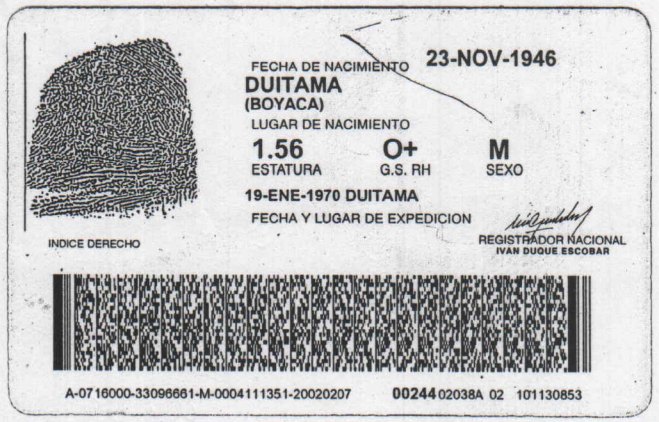
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

54
55

Col:
3217975027


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 4111351
CUERVO COGARIA
APELLIDOS
AURELIANO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1946
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
19-ENE-1970 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
A-0716000-33096661-M-0004111351-20020207 00244 02038A 02 101130853

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Blanca Cecilia Caro **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 41.469.846 **de** Tasco Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior ____

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Blanca Cecilia Caro
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior ____ del señor (a) Blanca Cecilia Caro Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 41.469.846 de Tasco y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Blanca Cecilia Caro
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

Cel: 3118507721. Nuevo Número

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.469.846**

CARO
APELLIDOS

BLANCA CECILIA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-OCT-1949**
TASCO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

31-MAY-1971 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00564173-F-0041469846-20140415 0037938722A 1 7292593163

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Mercedes niño de mejia **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.548.954 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Mercedes niño de mejia Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.548.954 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
Prótesis Dental Removible	Superior	X	Inferior	X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

3102192252.

57

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 20.540.054
NIÑO De MEJIA

APELLIDOS
MERCEDES

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1953
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

09-JUL-1975 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

R-0707900-01340346-F-0023548954-20230202 0096838773A 1 8506776993

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

VALORACION ODONTOLOGICA	VALORACION No. 58	FECHA		
		DD	MM	AA
		08	11	23

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Quiroga	Sanchez	Flairo Adolfo Quiroga	3.047.859

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AA	EDAD	SEXO F	SEXO M	DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
Guacheta	15	01	59	64		X	cll 18# 20-62	3125504158

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE	

2. MOTIVO DE CONSULTA: Para que me hagan los prodeis

3. ANTECEDENTES MEDICOS: No refiere

5. DIAGNOSTICOS: Restos Radiculares Superiores y Enf Periodontal

6.APTO PARA REHABILITACION CON PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE SI APTO _____ NO APTO X

CONTROL DE ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad	Fecha	Firma del paciente	Firma del odontólogo
Valoración, diligenciamiento de historia clínica y fase higiénica	08-11-2023		Patricia
Toma de impresiones, registro de mordida elección de color y tamaño de dientes			
Prueba de enfilado			
Entrega de prótesis y ajustes			
Control			

Cll 18 #20-62
San Jose

58



Cel: 3125504158

cuenta dos solte a losisaldos.com



Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Rosa Myriam Benitez Vergara **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.912.263 **de** Socha Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

x Rosa Myriam Benitez
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) ROSA Myriam Benitez V. Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.912.263 de Socha y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Rosa Myriam Benitez
FIRMA BENEFICIARIO
C.C 23912263

FIRMA ODONTOLOGO

59

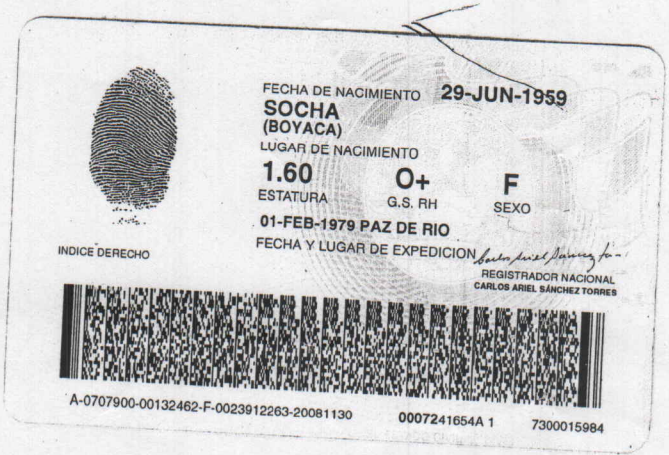
3118564630

Cll 13 # 12-42



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.912.263
BENITEZ VERGARA
APELLIDOS
ROSA MYRIAM
NOMBRES
Rosa Myriam Benitez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1959
SOCHA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
01-FEB-1979 PAZ DE RIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-0707900-00132462-F-0023912263-20081130 0007241654A 1 7300015984

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Maria Elvia Caceres Caceres **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.912.187 **de** Paz de Rios Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

María Elvia Cáceres
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) María Elvia Caceres C. Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.912.187 de Paz de Rios y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

María Elvia Cáceres
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

60


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.912.187
CACERES CACERES

APELLIDOS
MARIA ELVIA

NOMBRES

FIRMA

310800 9788

323 2218060


FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1956
PAZ DE RIO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

03-MAR-1978 PAZ DE RIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2718100-00121021-F-0023912187-20081102 0005221405A 1 7570002106

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo waldina del carmen Pedraza R. **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 46.662.340 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

x Waldina Pedraza R.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) waldina del carmen P Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 46.662.340 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

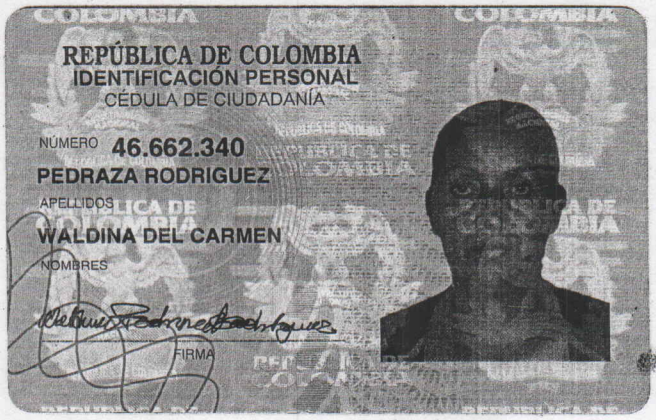
x Waldina Pedraza. R

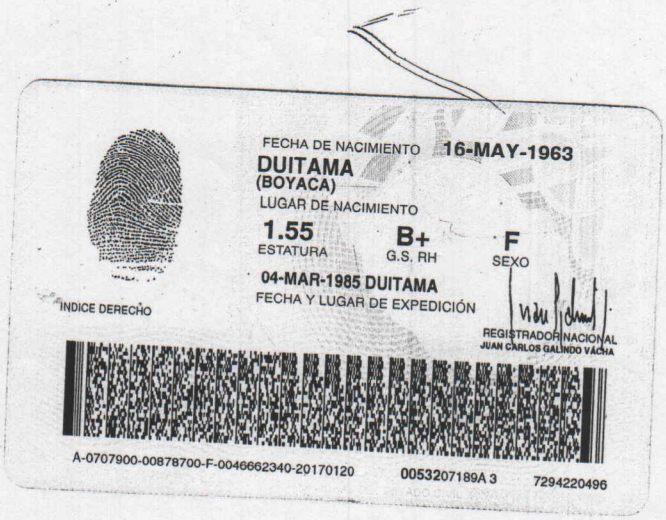
FIRMA BENEFICIARIO

C.C

FIRMA ODONTOLOGO

3142282953 3
60
3203442541
61





62

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Claudia Patricia Manrique. **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 51.675.912. **de** Bogota. Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior _____ Inferior _____
a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 23 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Claudia Patricia Manrique Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 51.675.912 de Bogota y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior 1	Inferior 1

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

622

3138400343

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **51.675.912**

MANRIQUE
APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-1957**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

30-ABR-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0707900-01181671-F-0051675912-20201124 0072557442A 1 9913760894

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

VALORACION ODONTOLOGICA		FECHA		
VALORACION No. 63.		DD	MM	AA

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO				2º APELLIDO			NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Sandoval.							Jose Edilberto.	7.224.770.
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO		DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F	M		
Sotaquira.	04	07	68.	55		X	Progreso. Calle B Nº10-83	3134542478
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE				TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE				

2. MOTIVO DE CONSULTA: Retiro de los protesis

3. ANTECEDENTES MEDICOS: Diabetes Diabetes.

5. DIAGNOSTICOS: Paciente que al examen intraoral presenta multiples restos radiculares y enfermeda periodontal.

6.APTO PARA REHABILITACION CON PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE SI APTO _____ NO APTO X.

CONTROL DE ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad	Fecha	Firma del paciente	Firma del odontólogo
Valoración, diligenciamiento de historia clínica y fase higiénica	08-11-2023 José Edilbertos.	José Edilberto	
Toma de impresiones, registro de mordida elección de color y tamaño de dientes			
Prueba de enfilado			
Entrega de prótesis y ajustes			
Control			

3134542478 1

(63)

PA2.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.224.770
SANDOVAL SANDOVAL
APELLIDOS
JOSE EDILBERTO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUL-1968
SOTAQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.38 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

07-ABR-1987 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0707900-00132462-M-0007224770-20081130 0007240738A 1 7290013709

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Jose Alirio Pinzón **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 7'218.651 **de** DUITAMA. Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

José A. Pinzón Gr.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Jose Alirio Pinzon Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 7.218.651 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

José A. Pinzón Gr.

FIRMA BENEFICIARIO

C.C 7218657. Duitama

FIRMA ODONTOLOGO

3:30

3118184295
3146699597

64.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **7.218.651**

PINZON GRANADOS

APELLIDOS

JOSE ALIRIO

NOMBRES

José A. Pinzon Gr.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-1963**

DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **A-** G.S. RH | **M** SEXO

24-MAR-1981 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00127088-M-0007218651-20081112 0005854678A 1 7290006493

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Victor Manuel Alvarado Diaz **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 17.042.887 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

X _____

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Victor Manuel Alvarado D Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 17.042.887 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
Prótesis Dental Removible	Superior	X	Inferior	X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

X _____

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

FIRMA ODONTOLOGO

CH 14 # 7-45
Progreso.

65



cel: 3134157331.



Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Ligia Rincon **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 41.314.657 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Ligia Rincon
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Mancilla
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Ligia Rincon Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 41.314.657 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Ligia Rincon
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Mancilla
FIRMA ODONTOLOGO

66



Cel: 3222889307
3115504799.



Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Lilia del Carmen niño cely **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 46.667.027 **de** Floresta Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Lilia niño
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Lilia del Carmen niño C Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 46.667.027 de Floresta y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Lilia niño
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

Araguitas.

67 2

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 46.667.027
NIÑO CELY
APELLIDOS
LILIA DEL CARMEN
NOMBRES



lilia niño
FIRMA

Cel:
3212476280



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-SEP-1955
FLORESTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

20-OCT-1989 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00161245-F-0046667027-20090703 0013045157A 2 7290015069

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Martha Lucia Rodriguez Gonzalez **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 46660.676 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior ___ Inferior X a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior____ inferior____ del señor (a) Martha Lucia Rodriguez Identificado con la Cedula de Ciudadanía N°46.660.676 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

Cll 21 # 8-19 Manzanares

hipertensa

Lorzartan - Amlodipino

68

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 46660676

RODRIGUEZ GONZALEZ
APELLIDOS

MARTA LUCILA
NOMBRES

FIRMA



3115817988.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1963
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

09-SEP-1983 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-0707900-70097714-F-0046660676-20020129 02811 02029B 01 091792190

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Ana maria Gomez **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 46.660.326 **de** Chita Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Ana Maria Gomez
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Mancilla
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Ana Maria Gomez Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 46.660.326 de Chita y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Ana Maria Gomez
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Mancilla
FIRMA ODONTOLOGO

Integrado.

69. 3

313. 818 4012

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 46.660.326

GOMEZ
APELLIDOS

ANA MARIA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1956
CHITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

31-MAY-1983 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0707900-34163081-F-0046660326-20080623 0004208175I 01 210679910

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Agripina Gonzalez **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.551.504 **de** Jesus M. Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior____ inferior____ del señor (a) Agripina Gonzalez Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.551.504 de Jesus Maria y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

32140757 11

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.551.504**

GONZALEZ
APELLIDOS

AGRIPINA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-MAR-1953**

JESUS MARIA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

04-OCT-1977 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0707900-34163111-F-0023551504-20071007 0373907280N 02 210733025

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Aura María Ramos **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 46.662.477 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Aura María Ramos

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior ____ inferior ____ del señor (a) Aura María Ramos Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 46.662.477 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Aura María Ramos

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

FIRMA ODONTOLOGO

Ced: 3144448749 4:30 71

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 46.662.477

RAMOS RODRIGUEZ

APELLIDOS

AURA MARIA

NOMBRES

Aura maria Ramos

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1961

DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

16-ABR-1985 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00559436-F-0046662477-20140401 0037791843A 1 7292805233

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Blanca Flor Poveda **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 41.619.895 **de** Boyacá Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Blanca de Flores
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Ruiz
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes N del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Blanca Flor Poveda Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 41.619.895 de Boyacá y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Blanca de Flores.
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Ruiz
FIRMA ODONTOLOGO

Cel: 3204118418.

Nuevito
Sábado.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.619.895
POVEDA De TORRES

APELLIDOS
BLANCA FLOR

NOMBRES

Blanca de Torres.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1953
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

20-JUN-1975 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0707900-00127103-F-0041619895-20081112 0005856328A 1 7300004156

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo María Cecilia Albarracín Fonseca **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.595.224 **de** Gameza Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 23 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) María Cecilia Albarracín Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.595.224 de Gameza y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
Prótesis Dental Removible	Superior	X	Inferior	X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

FIRMA ODONTOLOGO

Cr 16 # 16-73.

Hipertension - Diabetis.

73.

Cel: 3134803608.





Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Jose Vicente Cabra Becerra **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 1'046.682 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

X Jose Vicente Cabra B
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Ruiz
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Jose Vicente Cabra B Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 1046.682 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

X
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Ruiz
FIRMA ODONTOLOGO

3208772033

685

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.046.682
CABRA BECERRA
APELLIDOS
JOSE VICENTE
NOMBRES



FIRMA

8:30



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1938
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

17-NOV-1959 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00165731-M-0001046682-20090801 0014326051A 1 7290101181

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Maria Veronica Avila de Cobra **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.545.382 **de** Duitama Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior _____ a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Maria Veronica Avila de C
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 23 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior_____ del señor (a) Maria Veronica Avila de C Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.545.382 de Duitama y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Maria Veronica Avila de C
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

75.

87 Elizabeth
3208777033


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 23.545.382
AVILA De CABRA
APELLIDOS
MARIA VERONICA
NOMBRES
María V. Avila de C.
FIRMA

8:30
Valoración


FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-1946
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
15-SEP-1970 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
A-0707900-00960682-F-0023545382-20171204 0058690042A 2 49198519

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08- 11 - 2023

Yo Teofila Cely de Rincon **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.448.966 **de** Corcales Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Teofila Cely
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 23 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Teofila Cely de Rincon Identificado con la Cedula de Ciudadanía N°23.448.966 de Corcales y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Teofila Cely
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

"Cel: 3166611274

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.448.966
CELY De RINCON
APELLIDOS
TEOFILA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1948
CORRALES
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

09-NOV-1972 CORRALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00161244-F-0023448966-20090703 0013043940A 1 7300000502

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 08-11-2023

Yo Pablo Antonio Rincon Cristancho **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 9.614.364 **de** Corrales Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

Pablo Rincón
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 08 días del mes 11 del año 23 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Pablo Antonio Rincon Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 9.514.364 de Corrales y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

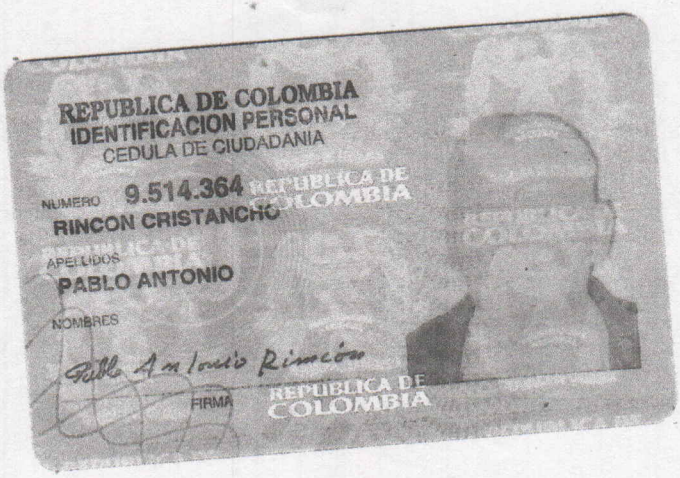
Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

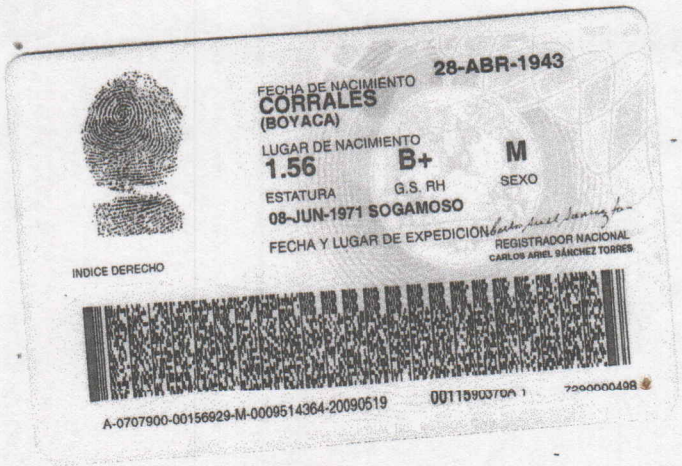
Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

Pablo Rincón
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

Rel: 31666 11274 Esposo





Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 10-11-2023

Yo María aidia García de Mejia **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.148.241 **de** Sativasur Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

María Aidia García
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Mancilla
Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 17 días del mes 11 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) María aidia García Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.148.241 de Sativasur y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD			
Prótesis Dental Removible	Superior	X	Inferior	X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

María Aidia García

FIRMA BENEFICIARIO

C.C

Patricia Mancilla

FIRMA ODONTOLOGO

Cr 3. # 4B - 25 las delicias

78

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.148.241
GARCIA De MEJIA
APELLIDOS
MARIA OVIDIA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-1944
SATIVASUR
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.45 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
14-OCT-1974 TASCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0719900-00205938-F-0024148241-20091222 0019285068G 1 27606602

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 10-11-2023

Yo Francelina Moreno Vega **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 33.449.434 **de** Aquitania Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

***Consecuencia de la no realización del tratamiento*:** Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

x Francelina Moreno V
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 12 días del mes 12 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Francelina Moreno Vega Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 33.449.434 de Aquitania y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

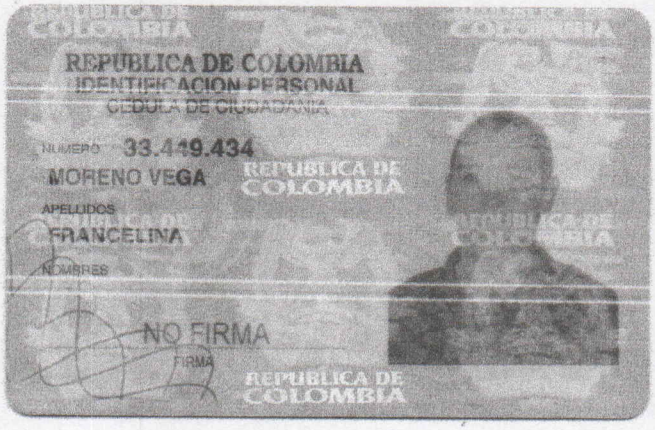
x Francelina Moreno V.
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

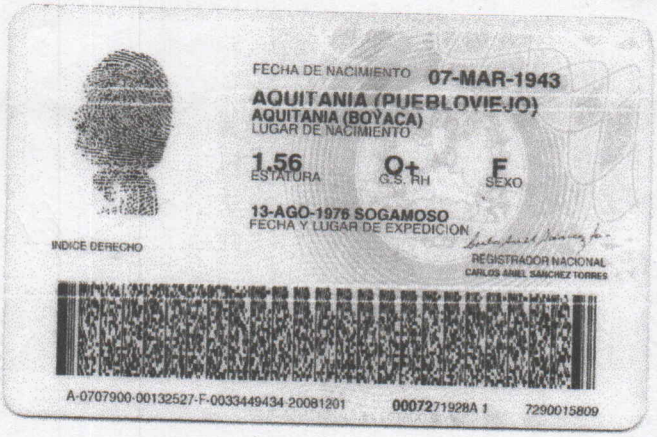
FIRMA ODONTOLOGO

79.

311833.4556.

C11 11 # 20 32





Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

VALORACION ODONTOLOGICA	VALORACION No. 80	FECHA DD	MM	AA
		10	11	2023

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Gonzalez.	Baeno.	Flavio.	1.013.425

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AA	EDAD	SEXO F	SEXO M	DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
Caldas	18	08	58	65		x	Sevilla Encantado.	3224705743 310 285 97 28

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE	

2. MOTIVO DE CONSULTA: Hacer prótesis

3. ANTECEDENTES MEDICOS: Hipertensión

5. DIAGNOSTICOS: Paciente presenta multiples Restos Radicolares y enfermedad periodontal

6.APTO PARA REHABILITACION CON PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE SI APTO _____ NO APTO X

CONTROL DE ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad	Fecha	Firma del paciente	Firma del odontólogo
Valoración, diligenciamiento de historia clínica y fase higiénica	10-11-2023	Flavio Clement González	Pat Pla 10.1125.
Toma de impresiones, registro de mordida elección de color y tamaño de dientes			
Prueba de enfilado			
Entrega de prótesis y ajustes			
Control			



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.425

GONZALEZ BAREÑO

APELLIDOS

FLAVIO CLEMENTE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1958

CALDAS
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

05-DIC-1978 CALDAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0707900-00126895-M-0001013425-20081112 0005818299A 1 7300004780

Consultorio Odontológico

Patricia Mancilla Ruiz -Odontóloga C.O.C R.S 728

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 10-11-2023

Yo Cenovia del Carmen Gomez Cascaco **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 24.182.676 **de** Jerico Declaro haber sido informado y haber comprendido que elobjeto del tratamiento es reponer dientes ausentes a través de prótesis dentales removibles (aparatos portadores de dientes artificiales), Siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento.

Otorgo mi consentimiento a la Dra. Patricia Mancilla Ruiz identificada con Cedula de Ciudadanía 40033214 de Tunja y Registro de Salud 728 para la elaboración y adaptación de una prótesis dental parcial removible en el/los maxilares/es Superior X Inferior X

a elaboración de la prótesis requiere de 4 etapas las cuales requieren de mínimo 4 citas odontológicas dentro de las cuales se desarrollarán los siguientes procedimientos:

1. Valoración y diligenciamiento de historia clínica
2. Toma de impresiones y elaboración de registros de mordida, toma de color y tamaño de dientes
3. Prueba de enfilado
4. Entrega definitiva, ajustes

Limitaciones: La duración de la prótesis removible es limitada por lo que deberá renovarse periódicamente. ***Riesgos o efectos no deseados al utilizar prótesis dental:*** Sensación extraña de ocupación. Más producción de saliva de lo normal. Disminución del sentido del gusto. Dificultades de pronunciación de ciertos sonidos. Es probable que se muerda fácilmente en lasmejillas o lengua. Algunas molestias (dolor, inflación, ulceración) en las zonas donde apoyan las prótesis. Probablemente se muevan al comer, al menos inicialmente, por lo que deberá masticar de los dos lados. De no mantener una conducta de higiene y limpieza, es probable que cambie de color.

Consecuencia de la no realización del tratamiento: Reabsorción ósea. (Pérdida del volumen del hueso de ambos maxilares). Problemas en la articulación de la mandíbula. Problemas en la digestión. Alteración enla pronunciación de las palabras y estética. Cambios en la mordida normal. Mayor movilidad de los dientesremanentes. Problemas de encía. Perdida de los dientes presentes en boca.

Asimismo, entiendo que la colocación de la prótesis no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir ajustes, por lo que me comprometo a regresar cada vezque sea necesario a consulta.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgosdel tratamiento.

+Senovia del Carmen Gómez
Firma Paciente o Representante Legal

Firma Odontóloga

DEPARTAMENTO DE BOYACA ALCALDIA MUNICIPIO DE DUITAMA

RECIBO A SATISFACION DE LA PROTESIS

A los 12 días del mes 12 del año 2023 se hace entrega de la (las) prótesis parcial (s) con el propósito de rehabilitar el (los) maxilar superior X inferior X del señor (a) Cenovia del carmen Gomez Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 24.182.676 de Jerico y en representación de sí mismo se suscribe la correspondiente acta de recibo a satisfacción, cuyas características se describen a continuación:

DISPOSITIVO ENTREGADO	CANTIDAD	
Prótesis Dental Removible	Superior X	Inferior X

Dejamos constancia que la (las) prótesis ha sido entregada a entera satisfacción, la cual ha sido probada, ajustada y adaptada a los tejidos presentes en boca y con el color, forma y tamaño de los dientes remplazados de acuerdo con los dientes remanentes. Los elementos descritos han sido verificados en su calidad. Recibo en conformidad con lo establecido

Para la constancia se firma la presente acta quien recibe.

+Senovia del Carmen Gómez
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

81

Celular: 3217327772

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.182.676

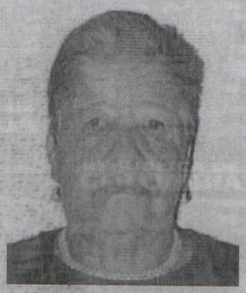
GOMEZ CASACHOA

APELLIDOS

CENOVIA DEL CARMEN

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 03-JUL-1940

JERICO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

18-JUL-1977 TOPAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0707900-00197723-F-0024182676-20091117 0018069173A 1 7290002509