Restaurando Huellas
Paradigmas

Fecha	08- 12- 2022.	Lugar	ESE TUNDAMA.
Asunto	Inscripcion Valoracion · Entrega Rit.		

	TEMA:
	Contraparticia Adicion.

INSCRIPCIONES					PROTESIS	
N°	Nombres y apellidos	Cedulas	Celular	Firmas	Superior	Inferior
1	Eduardo Enrique Garcia.	4'112.458.	3102922258.		X	X
2	Ana Maria Ramirez.	23.548770.	3124706356.		X	X
3	Amparo de las mercedes	23.588.193	3222471702	x Amparo	X	X.
4	Luis Antonio Bohia.	4'190.455.	3128262670.		X	X
5	Maria olivia chacon P	1.032.485.946	3228388759	x	X	X.
6	Maria Sixta Moreno	51.720.846	3203449597		X	X
7	Alvaro Chacon Perez	4.109.850	3142355248	x	Valoracion.	
8	Heinan Jeracamos.		3223951425		X	X
9	Rafael Morales Solano.	46.666.175	3215079418		Valoracion.	
10	Maria Rita Camargo Pere.	23.555.890.	3118552868	Maria Rita Camargo	Valoracion.	
11	Rosalba Morales.	55.321.146.	3203449597	Rosalba Morales.	Valoración	
12	Luis Alfredo Riño M.	1.046.026	3153589100		Valoración	
13	Etelvina Grimaldos	23.545.247	3122699739	Etelvina Grimaldos	Valoración	
14	Maria Rosalba Rodriguez	46.613.012.	32295369	Rosalba	Valoración	
15	Jose Alfonso Sanchez.	7'224.065.	3132011524.	Alfonso Sanchez	Valoracion.	

25. Valoradas
14. Protesis

Restaurando Huellas

Paradigmas

Fecha		Lugar	E.S.E TUNDAMA QUITAMA.
Asunto	Inscripcion- Valoracion Entrega kit.		

	TEMA:
	Entrega Prótesis. Adición.

	INSCRIPCIONES				PROTESIS	
N°	Nombres y apellidos	Cedulas	Celular	Firmas	Superior	Inferior
16	Maria Irene Patiño Bolivar.	23. 769. 183.	3166110634.		Valoración	
17	Luis Antonio Moreno	7.214.125	3224786261		Valoración	
18	segundo Manuel Morales	7.219.880	3207728432		Valoración	
19	Azael de las Mercedes B	46.666.938	3134558478		Valoración	
20	Manuel Ramirez Castro	5.623.212	3144195408		Valoración	
21	Gilma cecilia Acevedo	23.556.771	3004557243	Hector Jean Bravo.	Valoración	
22	Hector leon Bravo A	12.227.262	3156389840		Valoración	
23	Juan Gvio	9518080	3206671690		Valoración	
24	matilde Rodriguez C.	46.664.639	3001694052		Valoración	
25	NuviaCarderas Suarez	23.809.446	3001694052	Nubia. Cardenas.	Valoración	
11						
12						
13						
14						
15						

10 Valorado.

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar ESE Duitama **y fecha** 8-12-2023.

Yo Eduardo Enrique Garcia Angarita **identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 4.112.458 **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 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____ inferior____ del señor (a) Eduardo Enrique Garcia identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4.112.458 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

1

contraportada

cedula: 3102192252.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.112.458
GARCIA ANGARITA
APELLIDOS
EDUARDO ENRIQUE
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1948
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-NOV-1971 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00126896-M-0004112458-20081112 0005819679A 1 7290005106

2
CP.

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar ESE Putinoa **y fecha** 8-12-2023.

Yo Ana Maria Henrique **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23598770 **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.

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____ inferior____ del señor (a) Ana María Henrique Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23598770 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.

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

2 cp.

3124706356

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

3
CP

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Fe Duitama **y fecha** 8-12-2023.

Yo Amparo de las mercedes Reyes **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 23.588.193 **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.

AMPARO

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____ inferior____ del señor (a) Amparo de las mercedes Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 23.588.193 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.

AMPARO Reyes

FIRMA BENEFICIARIO
C.C

FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.588.193

REYES TORRES
APELLIDOS

AMPARO DE LAS MERCEDES
NOMBRES

Amparo Reyes Torres
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1962

FLORESTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

26-SEP-1983 FLORESTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0725300-34144781-F-0023588193-20060327 05291 06086O 02 186945500

4.
CP

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Duitama **y fecha** 8-12-2023.

Yo Luis Antonio Botia Antolinez **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 4190455 **de** Sogamoso 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 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____ inferior____ del señor (a) Luis Antonio Botia. Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 4190455 de Sogamoso 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

4
CP

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **4.190.455**

BOTIA ANTOLINEZ

APELLIDOS

LUIS ANTONIO

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-OCT-1951**

SOGAMOSO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

24-MAR-1975 PAIPA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0727700-01146807-M-0004190455-20200714 **0071**244655A 1 9912472796

5
CP

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar Df Duitama **y fecha** 8-12-2023.

Yo Maria olivia Chacon Perez **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 1.032.485.946 **de** Socota 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 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) Maria olivia chacon P Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 1.032.485.946 de Socota 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.485.946**
CHACON PEREZ
APELLIDOS
MARIA OLIVIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-ABR-1957**
SOCOTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA
A- G.S. RH
F SEXO

09-OCT-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00637653-F-1032485946-20141110 0040928473A 2 43473667

6
CP

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar ESE Duitama. **y fecha** 8-12-2023.

Yo Maria sixta Morales Duran **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 51.720.846 **de** Sacha 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.

Maria Sixta Morales Duran.
Firma Paciente o Representante Legal

Patricia Ruiz
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 ____ del señor (a) Maria sixta Morales Identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 51.720.846 de Sacha 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 Sixta Morales Duran.
FIRMA BENEFICIARIO
C.C

Patricia Ruiz
FIRMA ODONTOLOGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.720.846**

MORALES DURAN

APELLIDOS

MARIA SIXTA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-DIC-1963**

SOCHA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**O-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-SEP-1982 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00193796-F-0051720846-20091105 **00177**08889A 1 27640617

CP

Consultorio Odontológico

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

VALORACION ODONTOLOGICA	VALORACION No. 7	FECHA		
		DD	MM	AA
		08	12	2023

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Chacon	Perez	Alvaro	4.109.850

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO		DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F	M		
Socota	04	07	42	81		X	Mantorares cr 5 #19-48	3142355248

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE	

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

3. ANTECEDENTES MEDICOS: Hipertensión, cardiopatia.

5. DIAGNOSTICOS: Pacientes con reabsorción alveolar inferior y restos radiculares

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 clinica y fase higiénica		x Alvaro Chacon	Patricia M.
Toma de impresiones, registro de mordida elección de color y tamaño de dientes		x	
Prueba de enfilado		x	
Entrega de prótesis y ajustes		x	
Control			

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

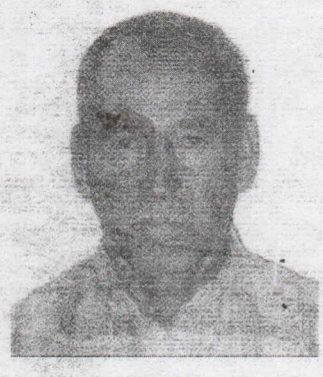
NUMERO **4.109.850**

CHACON PEREZ

APELLIDOS

ALVARO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-JUL-1942**

SOCOTA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-FEB-1967 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00472291-M-0004109850-20130920 **0034951132A 1** 7292551521

3142356248

8/
CP

Consultorio Odontológico

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ELABORACION DE PRÓTESIS DENTAL REMOVIBLE.

Lugar DE TUNDAMA **y fecha** 08-12-2023.

Yo Hernan Teodoro Sequeman **Identificado con Cedula de Ciudadanía N°** 7217776 **de** _____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 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_____ inferior_____ del señor (a) Hernan Teodoro Sequeman identificado con la Cedula de Ciudadanía N° 7217776 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

8 cp

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7217776

LEGUIZAMON TARQUINO
APELLIDOS

HERNAN TEODORO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-SEP-1959
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-MAY-1980 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-0707900-34105691-M-0007217776-20020923 01097 02266A 02 125306510

Consultorio Odontológico

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

VALORACION ODONTOLOGICA	FECHA		
VALORACION No. 9.	DD	MM	AA
	08	12	23

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Morales	1	Raquel.	46.666.173.

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO		DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F	M		
							Alcibiada Becerra.	3215079418.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE	
Doraliba Santos.		

2. MOTIVO DE CONSULTA: Porque quiere me hagan los pedidos

3. ANTECEDENTES MEDICOS: NO refiere

5. DIAGNOSTICOS: Paciente idodentada Total Superior y restos radiculares inferiores

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	08-12-23	Bagell	Patricia Ruiz
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 46.666.175

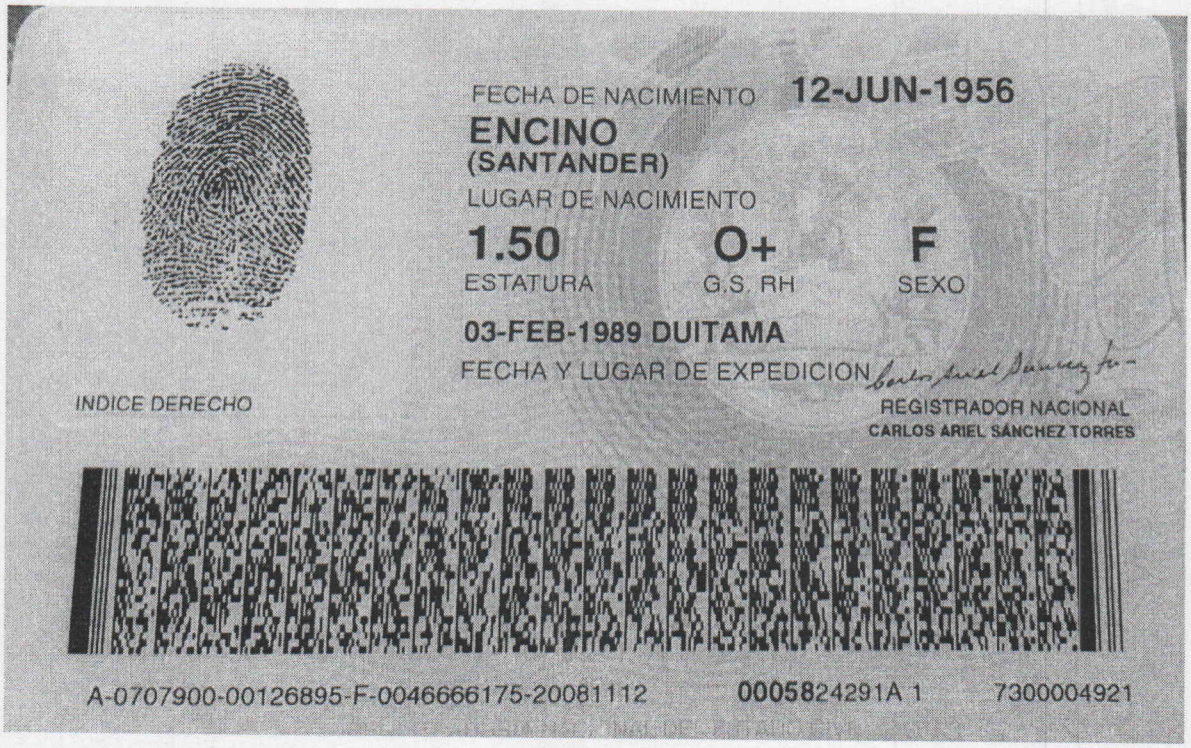
MORALES SOLANO

APELLIDOS

RAQUEL

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1956

ENCINO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

03-FEB-1989 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0707900-00126895-F-0046666175-20081112 0005824291A 1 7300004921

Edad. 67 año
Celular: 3215079418
Direccum: Vda Quebrada Becerra.
Protesis: Ambas

10.

Consultorio Odontológico

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

VALORACION ODONTOLOGICA		FECHA		
VALORACION No. 10		DD	MM	AA
		08	12	23

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Camargo	Perez	Maria Rita	23.555.890

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO		DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F	M		
Ditama	02	04	55		X			

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE	

2. MOTIVO DE CONSULTA: Para que me hagan la prótesis

3. ANTECEDENTES MEDICOS: No refiere

5. DIAGNOSTICOS: Paciente desdentada total Sup e Inf.

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	08-12-2023	María Rita	Patricia M.
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 **23.555.890**

CAMARGO PEREZ
APELLIDOS

MARIA RITA
NOMBRES

María Rita Camargo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-ABR-1955**
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-DIC-1981 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0707900-34147991-F-0023555890-20060608 **02456**06159A 02 185743434

Consultorio Odontológico

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

VALORACION ODONTOLOGICA		FECHA		
VALORACION No. 11		DD	MM	AA
		08	12	23

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Morales	Casallas	Rosalba	35.321.146

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AA	EDAD	SEXO F	SEXO M	DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
Facatativa	01	05	57		X			320.344.9597.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE
Maria Sixta Morales.	3203449597.

2. MOTIVO DE CONSULTA: Para que me hagan los dientes que me faltan

3. ANTECEDENTES MEDICOS: Hipertensión arterial

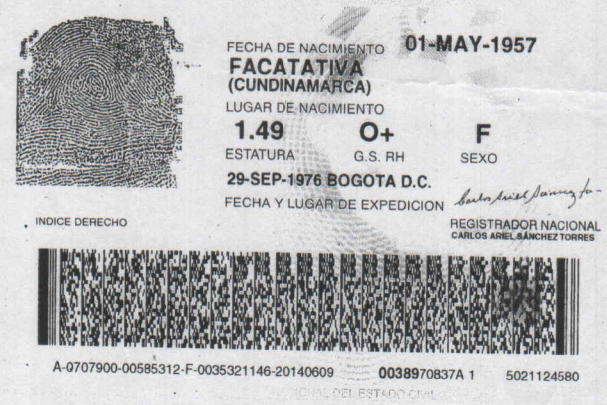
5. DIAGNOSTICOS: Paciente desdentado total sup y con resto radicular Inf.

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	08-12-2023	Rosalba Morales	Patricia Mancilla R.
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 35.321.146
MORALES CASALLAS
APELLIDOS
ROSALBA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 01-MAY-1957
FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.49
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
29-SEP-1976 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-0707900-00585312-F-0035321146-20140609 0038970837A 1 5021124580

Consultorio Odontológico

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

VALORACION ODONTOLOGICA	VALORACION No. 12	FECHA		
		DD	MM	AA
		08	12	23

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Riaño	Magallan	Luis Alfredo	1.016.026

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO		DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F	M		
Duitama	12	06	37	86		X	Calle 1 # 15-52	3124330538 3153589100

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE	

2. MOTIVO DE CONSULTA: Para que me hagan los dientes que faltan.

3. ANTECEDENTES MEDICOS: Hipoacusia

5. DIAGNOSTICOS: Paciente con periodontitis cronica desdentado total Int.

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

CONTROL DE ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad	Fecha	Firma del paciente	Firma del odontólogo
Valoración, diligenciamiento de historia clínica y fase higiénica	08-12-23		
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 1.046.026
RIAÑO MOGOLLON
APELLIDOS

LUIS ALFREDO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1937
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-SEP-1956 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0707900-00183928-M-0001046026-20091007 0016929484A 3 7290103194

Consultorio Odontológico

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

VALORACION ODONTOLOGICA		FECHA		
VALORACION No. 13		DD	MM	AA
		10	11	23

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Grimaldos	de Pedraza	Etelvina	23.545.247

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO		DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F	M		
Cerinza	27	01	43	82	X		San Luis Cr 16 # 32-07	3126699739

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE	
Lilia Pedraza	3124465679	Hijo

2. MOTIVO DE CONSULTA: Hacer prótesis

3. ANTECEDENTES MEDICOS: Diabetis - Hipertensa

5. DIAGNOSTICOS: Paciente desdentado total superior e inferior

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	08-12-23	Etelvina Grimaldos 23545247	
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 **23.545.247**

GRIMALDOS De PEDRAZA
APELLIDOS

ETELVINA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-ENE-1943**

CERINZA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-JUL-1970 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00158676-F-0023545247-20090606 0012210790A 1 27643271

14
CO.

Consultorio Odontológico

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

VALORACION ODONTOLOGICA	VALORACION No. 14	FECHA		
		DD	MM	AA
		10	11	25

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Rodriguez	Gonzalez	Mario Rosalva	46.673.012

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO		DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F	M		
Duitama	21	03	71		X		cr 2 # 124	3229530069

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE	

2. MOTIVO DE CONSULTA: Para lo de las prolesis

3. ANTECEDENTES MEDICOS: Ner presentado.-

5. DIAGNOSTICOS: Paciente parcialmente desdentada Superior e Inferior con periodontitis cronica y exodoncias indicadas.

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	08-12-2023	Rosalva	Patricia
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

46.673.012

NUMERO

RODRIGUEZ GONZALEZ

APELLIDOS

MARIA ROSALVA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1971

DUITAMA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-ABR-1995 DUITAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-0707900-34149161-F-0046673012-20060706 01964 06186O 02 172486425

15 cp

Consultorio Odontológico

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

VALORACION ODONTOLOGICA	VALORACION No. 15	FECHA		
		DD	MM	AA
		08	12	23

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Sanchez	-	Jose Alfonso	7.224.065

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO		DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F	M		
Duitama	08	09	64	60		X	Cr 2 # 124	3132011524

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE	

2. MOTIVO DE CONSULTA: Para que me hagan los dientes que me faltan.

3. ANTECEDENTES MEDICOS: NO Refieren

5. DIAGNOSTICOS: Paciente desdentada total Sup e Inf.

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	08-12-2023	Alfonso Sanchez	Patricia Mancilla R.
Toma de impresiones, registro de mordida elección de color y tamaño de dientes			
Prueba de enfilado			
Entrega de prótesis y ajustes			
Control			

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 7.224.065
SANCHEZ
APELLIDOS
JOSE ALFONSO
NOMBRES

Alfonso Sanchez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1964
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
25-AGO-1986 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO

A-0707900-01153168-M-0007224065-20200821 0071513965A 1 9912828634

Consultorio Odontológico

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

VALORACION ODONTOLOGICA	FECHA		
VALORACION No. 16	DD	MM	AA
	08	12	2023

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Patiño.	Bolivar	Maria IRENE.	23.769.183.

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO		DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F	M		
					X		Urbanizacion Sant. Lucia	3136106634.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE	
Alba Nora Parra Patiño.	313. 611 06 34.	Cuidadora.

2. MOTIVO DE CONSULTA: Hacer las Protesis

3. ANTECEDENTES MEDICOS: Paciente con discapacidad multiple x accidente

Discapacidad multiple

5. DIAGNOSTICOS: Paciente desdentado total sup e Inf

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 clinica y fase higiénica		Alba Nora	Patricia Mancilla R.
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 23.769.183
PATIÑO BOLIVAR
APELLIDOS
MARIA IRENE
NOMBRES

María Irene Patiño
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1939
MONGUI
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-ABR-1961 MONGUI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0715700-00164303-F-0023769183-20090725 0013919915A 2 27670492

María Irene Patiño Bolivar



17
CP.

Consultorio Odontológico

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

VALORACION ODONTOLOGICA		FECHA		
VALORACION No. 17		DD	MM	AA
		08	12	2023

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Morero		Luis Antonio	7.214.125

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO		DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F	M		
Duitama	01	02	58	64		X	cl 12 - B 2	3224786261

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE	
Jhoraton Andres		

2. MOTIVO DE CONSULTA: Hacer protesis

3. ANTECEDENTES MEDICOS: N/A

5. DIAGNOSTICOS: Paciente desdentado total superior e Inferior.

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		x	
Toma de impresiones, registro de mordida elección de color y tamaño de dientes			
Prueba de enfilado			
Entrega de prótesis y ajustes			
Control			

BS

65 años





3115817988 ✓

Odontología - Martha - Vaticano

Protesis: Ambas

Edad: 66 anos

Consultorio Odontológico

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

VALORACION ODONTOLOGICA	VALORACION No. 18	FECHA		
		DD	MM	AA
		08	12	2023.

1. IDENTIFICACION

1er. APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Morales	Duran	Segundo Manuel	7.219.880

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO		DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F	M		
Socha	09	07	60			X	San Fernando Cr 23 # 1-02	3207728432

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE

2. MOTIVO DE CONSULTA: Hacer protesis

3. ANTECEDENTES MEDICOS: N/A

5. DIAGNOSTICOS: Paciente con multiples restos radiculares

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

CONTROL DE ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad	Fecha	Firma del paciente	Firma del odontólogo
Valoración, diligenciamiento de historia clínica y fase higiénica	08-12-2023		Patricia Mancilla
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 7.219.880

MORALES DURAN
APELLIDOS

SEGUNDO MANUEL
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUL-1960
SOCHA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-JUL-1982 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00660322-M-0007219680-20150124 0042489684A 1 7293156337

Consultorio Odontológico

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

VALORACION ODONTOLOGICA				FECHA		
VALORACION No. 19.				DD	MM	AA
				08	12	23

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO				2º APELLIDO			NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Buitrago				Buitrago			Asael de las Mercedes	46.666.938
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO		DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F	M		
Tenza	07	10	49	74	X			3134558478
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE				TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE				

2. MOTIVO DE CONSULTA: Para lo de las proteis

3. ANTECEDENTES MEDICOS: No refiere.

5. DIAGNOSTICOS: Paciente desdentada total sup e Int.

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	08-12-2023	Asael Buitrago	
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 46.666.938
BUITRAGO BUITRAGO
APELLIDOS
AZAEL DE LAS MERCEDES
NOMBRES

FIRMA



3134558478



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-OCT-1949
TENZA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
02-OCT-1989 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00402139-F-0046666938-20120926 0031251793A 1 36371960

Consultorio Odontológico

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

VALORACION ODONTOLOGICA		FECHA		
VALORACION No. 20.		DD	MM	AA

1. IDENTIFICACIÓN

1er. APELLIDO				2º APELLIDO		NOMBRE COMPLETO	No. DE IDENTIFICACIÓN
Ramirez				Castro		Manuel	5.623.212
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				EDAD	SEXO	DIRECCION RESIDENCIA	NUMERO TELEFONICO
	DD	MM	AA		F M		
Enciso	15	03	41		X		3144195408
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE				TELEFONO DEL ACOMPAÑANTE			

2. MOTIVO DE CONSULTA: hacer Protesis

3. ANTECEDENTES MEDICOS: N/A

5. DIAGNOSTICOS: Paciente con Reabsorcion de reborde alveolar

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

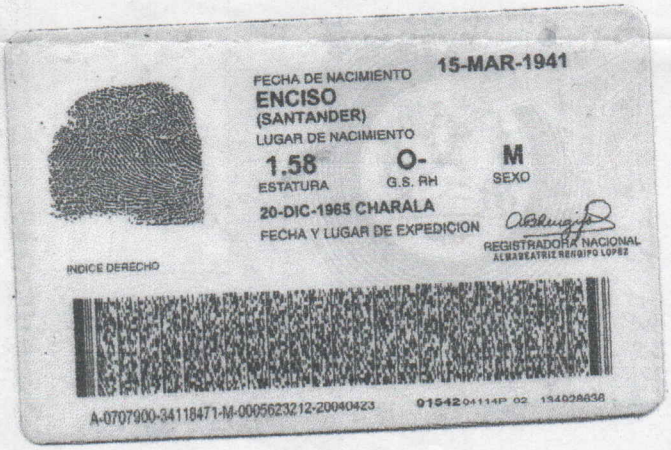
CONTROL DE ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad	Fecha	Firma del paciente	Firma del odontólogo
Valoración, diligenciamiento de historia clínica y fase higiénica	08 - 12 - 2023	Manuel Ramirez	Patricia R.
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
5.623.212
NUMERO
RAMIREZ CASTRO
APELLIDOS
MANUEL
NOMBRES
FIRMA

Cel: 3144195408.
Amigo Carlos Julio
Tellez.



FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1941
ENCISO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO
20-DIC-1965 CHARALA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-0707900-34118471-M-0005623212-20040423 01542 04114P 02 134028838

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.556.771

ACEVEDO

APELLIDOS

GILMA CECILIA

NOMBRES

FIRMA



21



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-MAR-1961**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,55 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

17-ENE-1983 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0707900-00157979-F-0023556771-20090530 0011952728A 1 7290005606

22

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.227.262

BRAVO ARGOTE

APELLIDOS

HECTOR LEON

NOMBRES



FIRMA

22



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ABR-1959**

PITALITO
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-SEP-1978 PITALITO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2714800-00185176-M-0012227262-20091011 0017067969A 3 27069893

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **9.518.080**

GUIO

APELLIDOS

JUAN

NOMBRES

FIRMA



23



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-OCT-1953**

SANTA ROSA DE VITERBO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

08-SEP-1975 SOGAMOSO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0707900-01170115-M-0009518080-20201014 **0072**053474A 1 9913379460

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 46.664.639

RODRIGUEZ CHAPARRO

APELLIDOS

MATILDE

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **26-ABR-1962**

PAIPA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-JUL-1987 DUITAMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0718100-00133157-F-0046664639-20081203 0007453438A 1 4980016153



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-1963**

FLORIDABLANCA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

03-MAY-1983 NOBSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0707900-00244501-F-0023809445-20100713 0022690557A 1 7290775976

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 23.809.445
CARDENAS SUAREZ

APELLIDOS
NUBIA

NOMBRES
Nubia Cardenas

FIRMA

