



*Corte Suprema de Justicia de la Nación  
Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

**ORTODONCIA FUNCIONAL Y ORTODONCIA**

Apellido y Nombre: Prestador:  
Numero de Afiliado: / 00  
Domicilio: Teléfono:  
Localidad: Edad:  
Provincia: DNI:

---

Clasificación Esqueletal: Clase I Clase II Clase III

Esqueletal/Adquirida:

Hábitos: Deglución:  
Respiración: Derivación a Fonoaudiología:

Estudios Realizados:

Panorámica: Telerradiografía: Perfil: Frente:

Cefalometría de:

---

**APARATOLOGIA**

Fija: Técnica: Maxilar Superior:  
Removible: Tipo aparato: Maxilar Inferior:  
Aparatología Extraoral: Ambos Maxilares:  
Duración de Tratamiento:  
Autorización: 1° etapa: / / 2° etapa: / / 3° etapa: / /

\_\_\_\_\_  
Firma afiliado

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional