

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ESPECIALIDAD**  
**PRÓTESIS DENTO BUCO MAXILAR**

Fecha: .....

Presentada por el/la Od.:.....

Matrícula:..... Domicilio:.....

Localidad:..... C.P.: ..... TEL: (.....).....

**Art. 3º:** Acreditar 6 años de ejercicio en la profesión..... **SI**      **NO**

**Inc. A):** Profesor titular ó adjunto en cátedra de la especialidad que solicita, accedida por concurso. .... **SI**      **NO**

**Inc. B):** Título especialista cursos post-grado en Universidad Argentina. .... **SI**      **NO**

**Inc. C):** Residencia Profesional o programa de capacitación equivalente, reconocida y autorizada por el Ministerio de Salud provincial o de la Nación, en alguna de las especialidades previstas en este reglamento. .... **SI**      **NO**

**Inc. D):** Título especialista, en alguna de las especialidades previstas en este reglamento, en curso de posgrado acreditado por CONEAU. .... **SI**      **NO**

**Art.4º:** Acreditar 10 años de ejercicio profesional y 5 años como mínimo de dedicación a la especialidad con:..... **SI**      **NO**

**Inc. 1):** Cursos teóricos con práctica, con evaluación final aprobada, totalizando cantidad horas que se indica para cada especialidad..... **SI**      **NO**

**Inc. 2):** Realizado y aprobado residencia de post-grado de la especialidad, accedida por concurso con tres años duración y acreditación mínimo 200 horas cursos. .... **SI**      **NO**

Documentación que adjunta:

**Art.5º: PRÓTESIS DENTO BUCO MAXILAR:** Veinte (20) casos clínicos – 10 de prótesis removible y 10 de prótesis fija – con ..... **SI**      **NO**

1) Historia clínica. .... **SI**      **NO**

2) Diagnóstico y pronóstico..... **SI**      **NO**

3) RX: panorámica, periapicales. .... **SI**      **NO**

4) Fotos iniciales y finales..... **SI**      **NO**

5) Modelos: iniciales y finales, debidamente zocalados. .... **SI**      **NO**

6) Controles y seguimiento a distancia, como mínimo un año..... **SI**      **NO**

7) Horas curso: 500 hs como mínimo..... **SI**      **NO**

OBSERVACIONES:.....

.....

EVALUACION DISTRITAL ADMINISTRATIVA:..... **SI**      **NO**

RECIBIDO POR:.....

CONTROLADO POR:.....

CUMPLIMENTA / NO CUMPLIMENTA los requisitos establecidos en el Reglamento vigente.

.....  
Secretario General

.....  
Sello Distrito

.....  
Presidente