

Sistema: OP

Asociado N°: 76244100

Plan: PMO

Apellido: Raardo Walter Alejandro

D.N.I. N°: 23458724

Nombre:

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 12/04/43

Domicilio: Av. Fortín 650

Localidad: USA C. P.: 3410

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Surro Card

Nombre: Castro

M.N. / M. P.: 3013

Domicilio Consultorio: R. de

Teléfono:

Vestibular															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1															2
4															3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Vestibular															
Derecha								Izquierda							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
Vestibular															

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

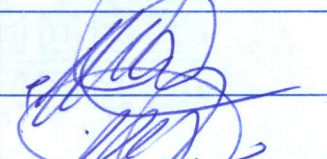
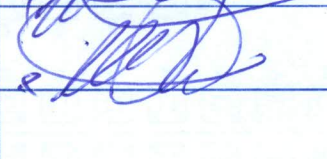
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
219	27	0	Com	\$15	237	05/11/14	
219	26	0	Com	\$15	237	05/11/14	

Observaciones

.....

.....

.....

.....

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamientos, posibles complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible



Firma del Paciente y N° D.N.I.



Firma y Sello Profesional

CO-139
M.N. 30713