

Sistema: Unión Personal

Asociado N°: 019916697010

Plan: Classic

Apellido: OLMEDO

Nombre: MAURO

Parentesco: Hijo Obligado 288

Domicilio: Rio Gde

Localidad: Rio Gde

Teléfono:

DATOS DEL
PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 41402952

Fecha de Nacimiento: 04/09/04

C. P.: 9420

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gomez

Nombre: Natalia

M.N. / M. P.: 2012

Domicilio Consultorio: Mayano 760

Teléfono: 02964-15646812

Vestibular																	
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	3
Vestibular																	
Derecha								Izquierda									
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6							
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
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
0101				\$ 10		26/11	x [Signature]
0219	14.	0	Res	\$ 10		26/11	x [Signature]
0219	46.	0	Res	\$ 10		26/11	x [Signature]
0219	47.	0	Res.	\$ 10		26/11	x [Signature]

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, he 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 en acción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento de ser esto posible.

x [Signature]
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontóloga
M.P. 2012
[Signature]
Firma y Sello Profesional