


Sistema: Unión Personal  
Asociado N°: 00154615005  
Plan: PMO  
Apellido: VAINBERG  
Nombre: CLARA

**DATOS DEL  
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Parentesco: Intervu 9 - Casa 68 Fecha de Nacimiento: 04/09/55  
Domicilio: Rio Gde  
Localidad: 15468428 C. P.: 9420  
Teléfono: 15468428

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Gomez  
Nombre: Natalia  
M.N. / M. P.: 2012  
Domicilio Consultorio: Hernandez  
1306  
Teléfono: 15648812

Derecha								Izquierda									
Vestibular								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
5								6									
8								7									
Vestibular								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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	3S	OD	Res	\$ 15		10/06	x <i>Gum</i>
0501	-	-	-	\$ 15		10/06	x <i>Gum</i>

**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 en un tiempo máximo de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi consentimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento, de ser esto posible.

*Dra. Gómez Natalia N.*  
Odontóloga

.....  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

.....  
Firma y Sello Profesional