

Sistema:

Asociado N°: 781006-011

Plan: PUO

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Ibarra

D.N.I. N°: 48.861.457

Nombre: Me. Elena

Parentesco: Esposa

Fecha de Nacimiento: 25-12-70

Domicilio: 12 de Octubre y 19 Ave. 042

Localidad: Ushuaia

C. P.: 9410

Teléfono: 430050

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña B.

Nombre: Alejandro

M.N. / M. P.: 0949

Domicilio Consultorio: Poso del Campo 2031

Teléfono: 1546 886

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	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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0104	26*					27/08/11	X Maria Diaz Jor

Observaciones

* Paciente que
depende el tratamiento
y valoración de Cari
dentaria se realiza
trat. p/ poder tenerlo.

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 no cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser este posible.

18861457
X Maria Diaz Jor
Firma del Paciente y N° D.N.I.

M. ALEJANDRA RODRIGUEZ
O.D.O.
Firma y Sello Profesional