

Sistema: UP
Asociado N°: 00258275011
Plan: 01 PLAN 0001

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: JEREZ D.N.I. N°: 386647301
Nombre: OLIVIA
Parentesco: ESPOSA Fecha de Nacimiento: 05-03-67
Domicilio: R. MAVAL 566
Localidad: R. GOG. C. P.: 9420
Teléfono: 425 108

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: CAMPERO
Nombre: LOURDES
M.N. / M. P.: 28 479
Domicilio Consultorio: R. MAVAL 482
Teléfono: 423319

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															
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6				
Derecha	8														Izquierda
	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
0216	42	D8				06/11/14	x <i>Lorey Olvera</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 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] Dra. Campero Ma. de Lourdes
Odontóloga
M.N. 28479 MP: OD - 1722
Firma y Sello Profesional