


Cobertura: Accord Salud
Asociado N°: 00192551014
Plan: Dorado
Apellido: RAMIREZ
Nombre: ANA MARIA

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**
D.N.I. N°: 11212315
Fecha de Nacimiento: 06/04/54

Parentesco: -
Domicilio: P. Unidos 832
Localidad: Rio Gde Provincia: T. del F. C. P.: 9420
Teléfono: 443988

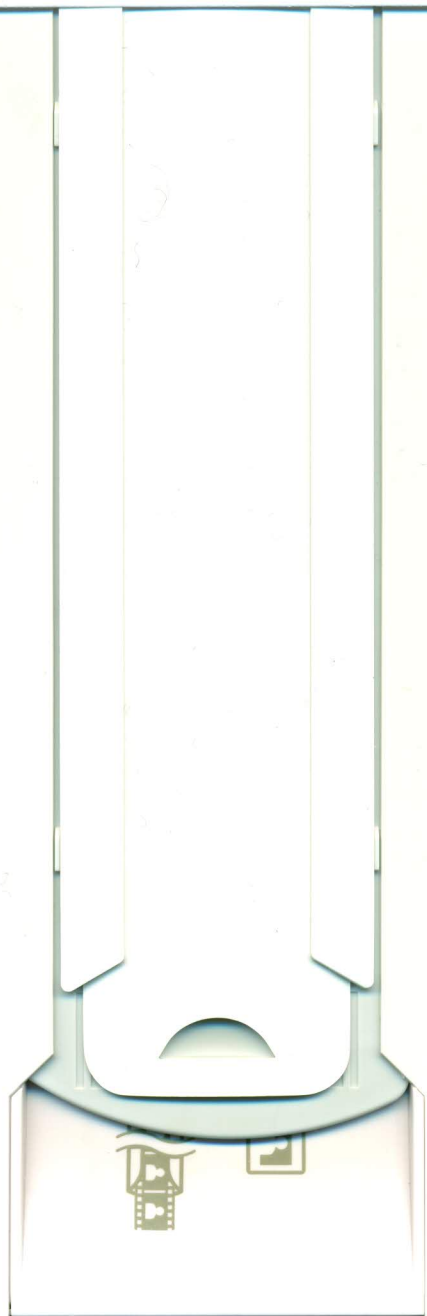
DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gomez
Nombre: Natalie



M.N. / M. P.: 2012
Domicilio Consultorio: Hernandez 1306
Provincia: T. del F.
Localidad: Rio Gde
Teléfono: 02964-15648812

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5
Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

REFERENCIAS: ☒ **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
0220	16	OP	Res	\$ 10		24/06	x 
0220	25	OM	Res.	\$ 10		24/06	x 

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, de lo 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.

Dra. Gómez Natalia N.

Odontóloga

M.P. 2012

.....
Firma del Paciente y N° D.N.I.

.....
Firma y Sello Profesional