

Sistema:

Asociado N°: 18220105R

Plan:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Gonzalez

D.N.I. N°: 5012445

Nombre: Magali

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 01-07-2010

Domicilio: Alen 3723

Localidad: Ushuaia

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schubert

Nombre: Fernando

M.N. / M. P.: PE

Domicilio Consultorio: San Jeron 1684

Teléfono:

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	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.16	62	P-M	R.	5 ⁰⁰	193 ⁰⁰	29-08-14	X Aguilera Victoria
					193 ⁰⁰		

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 parte en el tratamiento, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de esta pieza.

X Aguilera Victoria 3.514.46
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Esp. M.N.: 27.009 M.P. O.D.: 99
M.N.: 27.009 M.P. O.D.: 99
X Aguilera Victoria
Firma y Sello Profesional