


Cobertura: Acord Salud
Asociado N°: 0243298S002
Plan: Platino

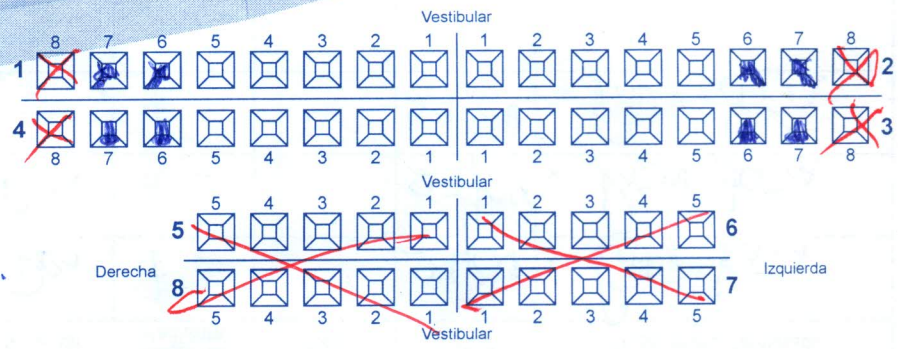
**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Apellido: PADIN D.N.I. N°: 34533248
Nombre: SOFIA
Parentesco: Hijo Fecha de Nacimiento: 17/06/93
Domicilio: Teniente Bernard 628
Localidad: Rio Gde Provincia: T. de F C. P.: 9420
Teléfono: 02901 - 15528462

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gómez
Nombre: Natalia
M.N. / M. P.: 2012
Domicilio Consultorio: Moyano 760
Provincia: T. del F
Localidad: Rio Gde
Teléfono: 15648812



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 | 26 | Ren | Ren | \$ - | | 27/04 | PADIN JOFIA |
| 0220 | 27 | OP | Ren | \$ - | | 27/04 | PADIN JOFIA |
| 0501 | - | - | - | \$ | | 27/04 | PADIN JOFIA |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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, 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 tratamiento de salvapropulsión.

Dr. Gómez Natividad

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontóloga

M.P. 2012

Firma y Sello Profesional

