

Sistema: UP

Asociado N°: 00735952026

Plan: 0002

Apellido: CAZARTE

Nombre: CARLOS

Parentesco: Hijo

Domicilio: HOUSSEY 705

Localidad: P. GDE.

Teléfono: 15415192

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 38088054

Fecha de Nacimiento: 26-01-95

C. P.: 9420

DATOS DEL PROFESIONAL

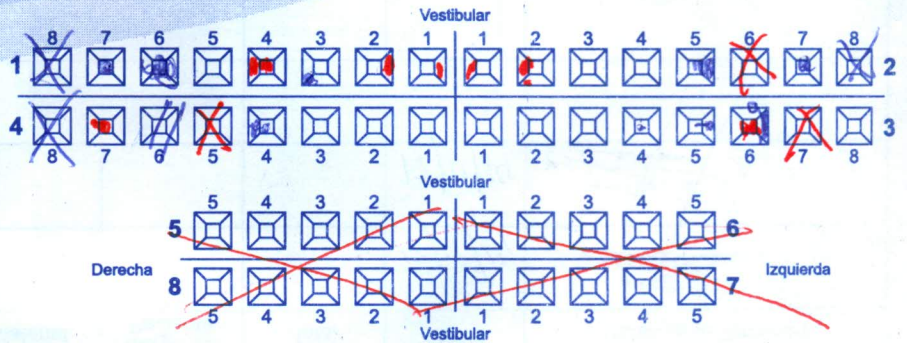
Apellido: CAMPERO

Nombre: LOURDES

M.N. / M. P.: 28479

Domicilio Consultorio: P. Naval 402

Teléfono: 423319



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
0101						12/11/14	x 
0220	44	OD				12/11/14	x 

Observaciones

.....

.....

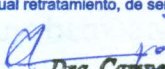
.....

.....

.....

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, 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.


Dra. Campero Ma. de Lourdes
Odontóloga
Firma y Sello Profesional
M. 25719 RP. OD - 1722