

Sistema:

Asociado N°:

Plan:

Apellido:

Nombre:

Parentesco:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 31115603

Fecha de Nacimiento: 19/11/84

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre:

M.N.: 27.337 - M.P.O.D.: 97

M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

Dra. Paula Giavedoni

M.N.: 27.337 - M.P.O.D.: 97

(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

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
Vestibular								Vestibular									
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
Vestibular								Vestibular									

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

OPT07

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	11	VTD	R	10	220	3/02/15	X Romanos
0501				10	120	3/02/15	X Romanos

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

Dra. Paula Giavedoni
Odontóloga

Especialista en Endodoncia

M.N.: 27331 M.P.O.D.: 97

Firma del Paciente y N° D.N.I.

