

Sistema:

Asociado N°: 8784128+00

Plan: PMO

Apellido: Rorob, Estela

Nombre: Estela

Parentesco: Titular

Domicilio: 640 vto.

Localidad: Uruaia

Teléfono: 15561558

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxi Americana

D.N.I. N°: 17.091.942

Fecha de Nacimiento: 10-10-64

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Jauria B

Nombre: Alejandra

M.N. / M. P.: 2249

Domicilio Consultorio: Pasa del Campo 2028

Teléfono:

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

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

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
0104	22*					27/09/14	X-2370006

Observaciones

x Dolor en PD (22)
 Medicación

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 este posible.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional