

Sistema: Union Personal

Asociado N°: 010802821039

Plan: PMO

Apellido: ALVEZ

Nombre: TICIANA


Parentesco: Hijo

Domicilio: Laserre 641

Localidad: Rio Grande

Teléfono: 15535098

**DATOS DEL  
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

D.N.I. N°: 44198963

Fecha de Nacimiento: 21/08/02

C. P.: 9420

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Gomez

Nombre: Natalia

M.N. / M. P.: 2012

Domicilio Consultorio: Moyano 700

Teléfono: 02964 - 15648812

Derecha								Izquierda								
Vestibular								Vestibular								
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	5	4	3
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	5	4	3
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
0401	-	-	-		\$10	11/11	x
1001	53	-	-		\$10	11/11	x
1001	64	-	-		\$10	11/11	x
0219	44	0	Res.		\$10	11/11	x
0219	46	0	Res		\$10	14/11	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 este posible

*[Firma]*  
 .....  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

*[Firma]*  
 Dra. Gómez Natalia M.  
 Odontóloga  
 .....  
 Firma y Sello Profesional