

Cobertura: UP

Asociado N°: 005526890116

Plan: 21-002

Apellido: Hernandez

Nombre: Susana

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 21/4/53

Domicilio: San Salvador Cerro 61

Localidad: Ushuaia

Provincia: T. Fuego

C. P.: 9410

Teléfono: 433765

#### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: .....

Dra. Paula Giavedoni

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

Domicilio Consultorio: (02901) 425016

Provincia: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Localidad: .....

Teléfono: .....

#### REFERENCIAS:

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

☐  
Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

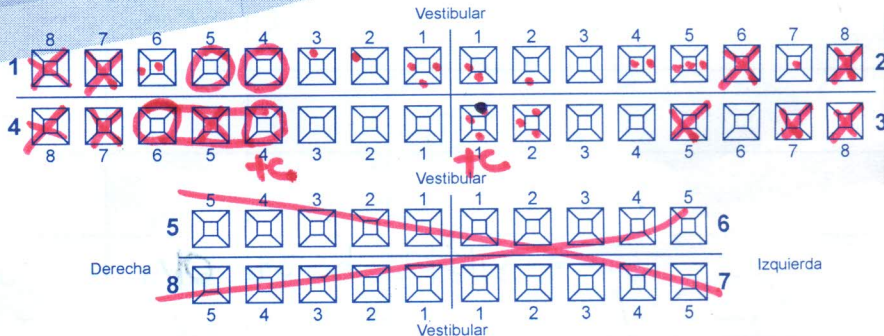
OPT07

#### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 110775093



# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0215	31	L	R	\$10	\$254	20/5/15	x <i>[Signature]</i>

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

x *[Signature]* 10775 093

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional