

Sistema:

Asociado N°: 760128-01

Plan: Dorado

Apellido: Muinoz

Nombre: Laura

Parentesco: Esposa

Domicilio: H. Ingoyen 2660

Localidad: Ishuicio

Teléfono: 15569099

DATOS DEL PACIENTE

D.N.I. N°: 47.956.578

Fecha de Nacimiento: 18-06-66

C. P.: 940

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña B.

Nombre: Alejandro

M.N. / M. P.: 0999

Domicilio Consultorio: Posco del Campo 2081

Teléfono: 15467696

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																	
Derecha								Izquierda									
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																	

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar


Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

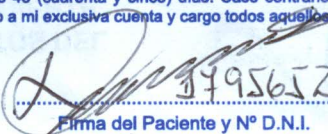
Cantidad de Dientes existentes

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0301	35					22/08	

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


 84956529
 Firma del Paciente y N° D.N.I.


 Firma y Sello Profesional

