

Cobertura: Accord Platino.

Asociado N°: 00845320018

Plan: Platino.

Apellido: MARTINEZ

Nombre: ALDANA

Parentesco: Illegítima

Fecha de Nacimiento: 21/11/94

Domicilio: Illegítima 1128

Localidad: Rio Gde

Provincia: T. del F.

C. P.: 9420

Teléfono: 15482714

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Gomez

Nombre: Natalia

M.N. / M. P.: 2012

Domicilio Consultorio: Mou Hernandez 1306

Provincia: T. del F.

Localidad: Rio Gde

Teléfono: 15648812

**DATOS DEL PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 38088509

Derecha								Izquierda							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vestibular								Vestibular							
1								1							
2								2							
3								3							
4								4							
5								5							
6								6							
7								7							
8								8							

**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
0215	12	P	Res	-		10/06	x <i>Gloria</i>
0215	22	P.	Res	-		10/06	x <i>Gloria</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 en odontológico 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 re-tratamiento, de ser este posible.

Firma del Paciente y N° D.N.I. ....

*Dra. Gómez Natalia N.*  
*Odontóloga*  
 Firma y Sello Profesional