

Sistema: UP

Asociado N°: 00996629016

Plan: ACCORD SALUD 0003

Apellido: PISANO

Nombre: RAUL ALBERTO

Parentesco: HIJO

Domicilio: J. HERNANDEZ 1177

Localidad: R. GAG

Teléfono: 15524026

DATOS DEL
PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 39392192

Fecha de Nacimiento: 04-03-96

C. P.: 9420

DATOS DEL PROFESIONAL

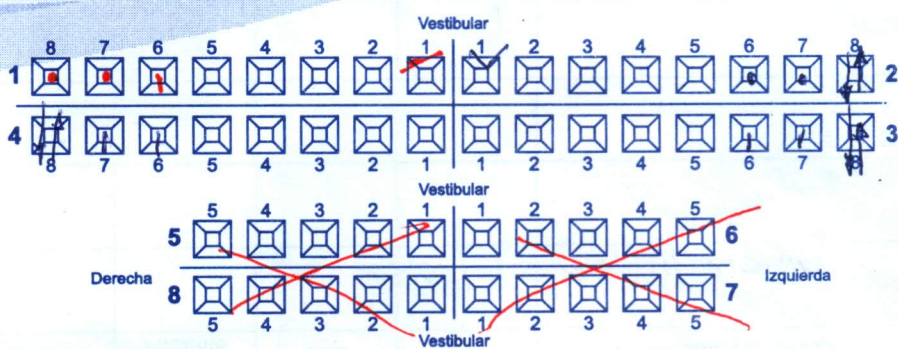
Apellido: CAMPEÑO

Nombre: LOURDES

M.N. / M. P. MP 05-1722

Domicilio Consultorio: P. MAVAL 482

Teléfono: 2964-8423319



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 |
|----------------------|----------------|----------------------|---------------------|----------------------------|-------------|----------|--|
| 0216 | 18 | OP | | | | 03/11/14 | X RAUL PISAM |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

MN. 28479 MP: OD - 1722

Dr. Campero Ma. de Lourdes
Odontóloga

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional