

Sistema: UP Accoro
Asociado N°: 010221325090
Plan: 0002

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: CORREA D.N.I. N°: 16526611011
Nombre: JOSE IGNACIO
Parentesco: TITULAR Fecha de Nacimiento: 29/11/63
Domicilio: C. Rosco 481
Localidad: _____ C. P.: 9420 -
Teléfono: 15606655 -

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: CAMPEN
Nombre: LOURDES
M.N. / M. P. RP OD - 1722
Domicilio Consultorio: _____
P. NAVA 1 482
Teléfono: 423319 -

| Derecha | | | | | | | | Izquierda | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vestibular | | | | | | | | 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 |
| 5 | | | | | | | | 6 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | 7 | | | | | | | | | |
| 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 |
|----------------------|----------------|----------------------|---------------------|----------------------------|-------------|----------|--|
| 0220 | 27 | OD | | | | 06/10/14 | X <i>[Signature]</i> |
| 0220 | 28 | ON | | | | 06/10/14 | X <i>[Signature]</i> |
| 0220 | 15 | ON | | | | 15/10/14 | X <i>[Signature]</i> |
| 0220 | 16 | OP | | | | 21/10/14 | 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.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature]
 Ma. de Lourdes
 MN. 24412-2-05-1722
 Fina y Sello Profesional