

Sistema: Accord Salud

Asociado N°: 00610327600

Plan: Dorsal

Apellido: Andrade Coca

Nombre: Roberto Carlos

Parentesco: titular

Domicilio: P. Bridges 922

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 445805

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 29903461

Fecha de Nacimiento: 02/07/83

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Supera Orioli

Nombre: Guillermo Juan

M.N. / M. P.: 30713-138

Domicilio Consultorio: 1260

Teléfono: 445313

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								1	1	2	3	4	5	6	Izquierda		
5	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	7
Vestibular																	

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
219	17	0	Comp	10	292	26/11/14	<i>[Signature]</i>
219	16	0	Comp	10	292	26/11/14	<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 endodómicamente 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 este posible.

[Signature]
Firma del Paciente y N° D.N.I.

29903461

[Signature]
Firma y Sello Profesional
M.P. OD-139
M.N. 30713