

Sistema: .....

Asociado N°: 355796-02

Plan: classic

Apellido: Ruido

Nombre: ~~Alfonso~~ Mais

Parentesco: Espos

Domicilio: P. 1000 Rio Negro 335

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 434 746 - 1561719

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 117.784.487

Fecha de Nacimiento: 03-01-66

C. P.: 9410

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña B

Nombre: Alejandro

M.N. / M. P.: 0949

Domicilio Consultorio: P. 1000 del Camp 2031

Teléfono: .....

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

### 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
090101	(46)					04/08/10	X S/10/8
090101	(48)					04/08/10	X S/10/8
0904 *						04/08/10	X S/10/8

Observaciones \* Inflación s/dolo, medicinas

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 endodóticamente dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. En caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva carga los aquellos costos de un eventual tratamiento de ser esto posible.

