

Sistema: Union Personal

Asociado N°: 100607721000

Plan: PRATINO

Apellido: Agüero

Nombre: Maria Del Carmen

Parentesco: titular

Domicilio: Soldado Aguirre 2438

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 15487070

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 24647491

Fecha de Nacimiento: 07/05/75

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Supay Cronchi

Nombre: Constante Juan

M.N. / M. P.: 30713-13P

Domicilio Consultorio: 12 de

Teléfono: Octubre 1343
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
Derecha								Izquierda									
5								6									
8								7									
5								5									
4								4									
3								3									
2								2									
1								1									
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
220	14	VO	Col	-	302	27/11	X [Signature]
218	15	o	Col	-	302	27/11	X [Signature]

Observaciones

.....

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr. [Signature] 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 no cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, en todo lo posible.

[Signature] 24647491
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

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