

Sistema: UP

Asociado N°: 01061142361014

Plan: PMO

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: CARLOS D.N.I. N°: 215461281

Nombre: ELISABET

Parentesco: TITULAR Fecha de Nacimiento: 18-05-70

Domicilio: A. VALLESE 422 3P. D504

Localidad: R. GDE C. P.: 9420

Teléfono: 15501701

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: CAMPERO

Nombre: LOURDES

M.N. / M. P. 28479

Domicilio Consultorio: P. MAVAL 482

Teléfono: 423319-

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
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
Vestibular								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
0220	16	OP				10/11/14	x 

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.

 **Dra. Campero Ma. de Lourdes**
 Odontóloga
 M.N. 28479 M.P. OD-1722
 Firma y Sello Profesional