


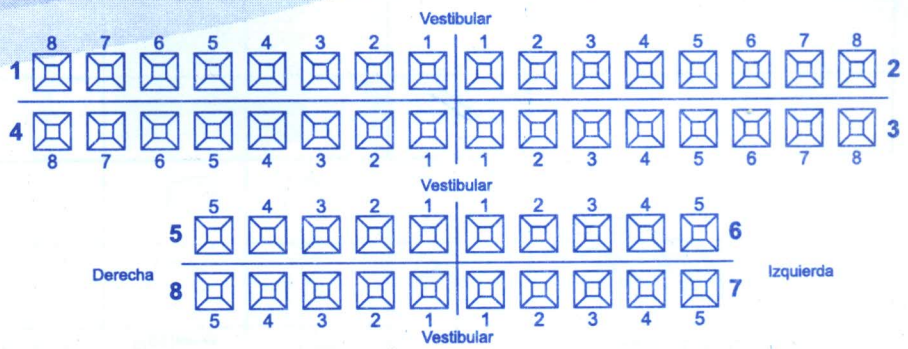
Sistema: Accord
Asociado N°: 6358163948
Plan: Basico
Apellido: San
Nombre: Melani
Parentesco: Miembro del cuerpo
Domicilio: 915
Localidad:
Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE

 Odontopraxis Americana
D.N.I. N°: 3838171

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Sechuer
Nombre: Amor
M.N. / M. P.: 1800
Domicilio Consultorio: San Juan de los Rios
Teléfono: 425016



REFERENCIAS:

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
0101				10	10	30/6	[Firma]
0701				10	10	30/6	[Firma]

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] 39391577

Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Firma Profesional]

Odontólogo R. Schwab

Especialista en Implantes

M.N.: 27.000

Firma y Sello Profesional

U.D.: 99