

Cobertura: UP

Asociado N°: 0002698974014

Plan: Pro

Apellido: GONZ

Nombre: JULIA BEATRIZ

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 10/12/71

Domicilio: 64 v.v. T. 2 P. 1° Dpto A

Localidad: Provincia: C. P. :

Teléfono: 445439 - 15545622

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre:

Dra. Paula Giavedoni

M.N. / M. P. M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97
(02901) 425016

Domicilio San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A.

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar


Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

☐
Coronas

Cantidad de Dientes existentes

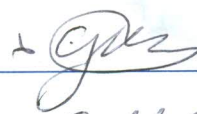
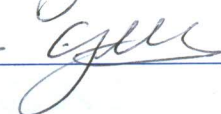
DATOS DEL PACIENTE

 **Odontopraxis Americana**

D.N.I. N°: 18813179

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Vestibular								Vestibular							
5								6							
8								7							
Vestibular								Vestibular							
5								5							

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
010				15	93	07/05/15	+ 
0301	22			40	380	07/05/15	- 
					443		

Observaciones

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo sido informado 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.

Especialista en Endodoncia
M.N.: 27387 - M.P. O.D.: 97

Firma del Paciente y N° D.N.I.  18813170

Firma y Sello Profesional 