

Cobertura: 814548033

Asociado N°: 814548033

Plan: Puro

Apellido: cosme Wilson

Nombre: señal de cerro

Parentesco: Don Wilson 1781

Domicilio: Don Wilson 1781

Localidad: Don Wilson 1781

Teléfono: Don Wilson 1781

DATOS DEL PACIENTE

Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 94758676

Fecha de Nacimiento: 25-8-88

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dra. Paula Giavedoni

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

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Provincia: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Localidad: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Teléfono: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

☐
Coronas

Cantidad de Dientes existentes

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							
4								4							
3								3							
2								2							
1								1							
Vestibular								Vestibular							

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0302	46			\$ 20	558	26/06/18	Codque
0220	46	OD	Comp	\$ 10	362	26/06/18	Codque
0104	36			\$ 10	112	26/06/18	Codque



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, deo expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada odontológicamente 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

Codque

Firma del Paciente y N° D.N.I.

PAULA GAVEDONI
ODONTÓLOGA

M.N. 27.337 - M.P. OD-97

Firma y Sello Profesional