

Sistema:

Asociado N°: 838249-191

Plan: Dado

Apellido: Beorco

Nombre: Louise

Parentesco: Esposa

Domicilio: Medellin 2260

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 430026 - 15458166

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 171285533

Fecha de Nacimiento: 10-01-65

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Lucina B.

Nombre: Alejandra

M.N. / M. P.: 0949

Domicilio Consultorio: Pzo del Campo 2001

Teléfono: 15467696

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					
								Vestibular														
								5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6				
Derecha								8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7	Izquierda
								5	4	3	2	1	1	2	3	4	5					
								Vestibular														

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

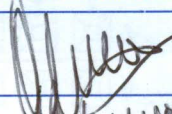
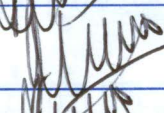

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

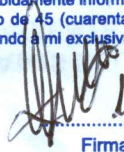
OPT07

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0219	47	M				12/08/14 x	
0219	45	VG				12/08/14 x	
0219	44	VG				12/08/14 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.

 17-285-533

Firma del Paciente y N° D.N.I.


Firma y Sello Profesional