

Sistema: .....

Asociado N°: 1042114150211

Plan: .....

Apellido: QUINTERO

Nombre: WRECA

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 15/06/97

Domicilio: P. LAURENSSE 747

Localidad: .....

C. P.: .....

Teléfono: 15475551

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: Dra. Paula Giavedoni

M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97

(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P. ....

Domicilio Consultorio: .....

Teléfono: .....

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 40739931

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

### REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior

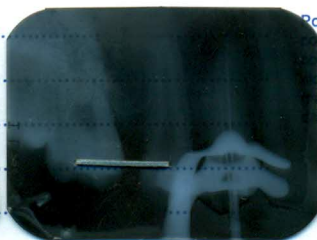
Lápiz Verde  
Selladores

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				15	93	14/11/14	<i>Quintero</i>
0302	29			410	465	14/11/14	<i>Quintero</i>
					558		



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 mala praxis en la atención, sumando a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de acuerdo a lo posible.

*Quintero* 40.739.931  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

*Paula Gálvez*  
Especialista en Endodoncia  
27.237 - M.P. O.D.: 97  
Firma y Sello Profesional