




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	18/05	
0301	11			40.	350	18/05	
0301	21			40	350	18/05	
					793		

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 inasistencia a la consulta, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual re-tratamiento de endodoncia.

Dr. Paula Clavedon
Especialista en Endodoncia
M.N.: 27.387 - M.P.O.D.: 97

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional