


Sistema: Unver Personal

Asociado N°: 0024361303

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Plan: PNO

Apellido: Morales D.N.I. N°: 37908676

Nombre: Francisco Ezaguer

Parentesco: hijo Fecha de Nacimiento: 02/01/94

Domicilio: Austral 2543

Localidad: Osorno C. P.: 9410

Teléfono: 15503917

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Supur Cerda

Nombre: Guillermo Javier

M.N. / M.P. 20713-139

Domicilio Consultorio: 12 de

Teléfono: 445313

| 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 | | | | | | | |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | 7 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Vestibular | | | | | |

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

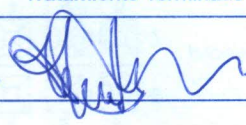
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

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 |
|----------------------|----------------|----------------------|---------------------|----------------------------|-------------|-------|---|
| 219 | 44 | 0 | Com | 15 | 282 | 15/10 |  |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Observaciones

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr. Dr. J. Suarez 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 éste posible

Odontólogo **SUAREZ J. GUSTAVO**

M.P. OD - 139

M.N. 30.713

Firma del Paciente y N° D.N.I. 31908670

Firma y Sello Profesional