

Sistema:

Asociado N°: 006510036101

Plan: PMS

Apellido: Lopez

Nombre: Andrea Cristina

Parentesco:

Domicilio: Caba de Hornos 3706

Localidad: USA

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 24692655

Fecha de Nacimiento: 04/03/78

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Suarez Bach

Nombre: Luis

M.N. / M. P.: 3883

Domicilio Consultorio: P. de

celebre 1343

Teléfono: 465313

Vestibular															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Derecha								Izquierda							
Vestibular								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
101	-	-	-	15	207	05/11	Endeolife
219	35	0	Cor	15	207	15/11	Endeolife
501	-	-	-	15	105	15/11	Endeolife

Observaciones

.....

Por la Presente, autorizo al profesional 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.

Endeolife 27687655

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

Od. ...
 M.P. OD-13
 M.N. 30713