

Sistema: Unión Personal

Asociado N°: 0065003600

Plan: PMO

Apellido: Cioccalanti

Nombre: María

Parentesco: titular

Domicilio: C. de Morras 3906

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 15514815

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 25611813

Fecha de Nacimiento: 23/10/76

C. P.: 9410

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Serviz Gironi

Nombre: Cristina Jover

M.N. / M. P.: 30713-139

Domicilio Consultorio: 12do

Teléfono: 445313

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															
8												7			
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						

**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
215	12	HIUP	Cor	\$ 15	\$ 205	12/11/14	[Signature]
216	11	OP	Cor	\$ 15	\$ 205	12/11/14	[Signature]

## 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.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

Od. Generalista  
M.P. OD-139  
M.N. 30713