

Sistema: OP

Asociado N°: 0068133602

Plan: PMD

Apellido: Cardozo

Nombre: Aglen

Parentesco: Y. En 380

Domicilio: 054

Localidad: 054

Teléfono: 054

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 42131161

Fecha de Nacimiento: 05/09/99

C. P.: PALO

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Suarez

Nombre: Carlos

M.N. / M. P. 3043

Domicilio Consultorio: Pl. de

cañete 133

Teléfono: 054

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
Vestibular															
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:

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
219	14	0	Por	\$ 10	202	14/11	Aylen
219	16	✓	Por	\$ 10	202	14/11	Aylen
219	17	0	Por	\$ 10	202	14/11	Aylen

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

Aylen

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Od. G. ...  
M. ...  
N° 30713

Firma y Sello Profesional