

Sistema: Union Personal

Asociado N°: 001663115600

Plan: P.M.O.

Apellido: Vogel

Nombre: Andres

Parentesco: titular

Domicilio: Andorra S.U. Casa 7

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 15402013

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 171134298

Fecha de Nacimiento: 09/09/65

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Seligson Gracich

Nombre: Gustavo Juan

M.N. / M. P.: 30713-138

Domicilio Consultorio: 12 de Octubre 1343

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	7	8	5	4	3
8													8		
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	5	4	3
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
215	21.	9	Comp	\$15	\$205	4/11/14	

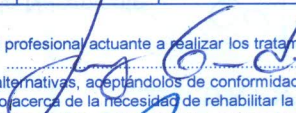
Observaciones

.....

.....

.....

.....

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. S. P. OD-137
M.N. 30713