

Teléfono: 011-4 864 33 66

## Odontopraxis Americana

D.N.I. Nº: 28444785

Fecha de Nacimiento: 22/10/80


C.P.: 5170

Teléfono: 15 467686

Diagrama de la mano izquierda (Izquierda) y la mano derecha (Derecha) con los dedos numerados del 1 al 8, mostrando la posición de los dedos en la mano y la posición de la muñeca.

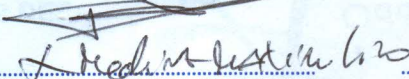
Cantidad de Dientes existentes .....

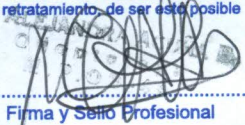
# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0104	16*				<del>12/08/14</del>	12/08/14	

Observaciones  DOLOR PA 16

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 este posible

  
Firma del Paciente y N° D.N.I. 28444755

  
Firma y Sello Profesional