

Sistema: UP

Asociado N°: 681536061

Plan: Pmo.

Apellido: Cardato Massina

Nombre: Aaron Ismael

Parentesco: Mesa Jan 380

Domicilio: Ustera

Localidad: Ustera

Teléfono: 3410

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 42813065

Fecha de Nacimiento: 23/08/2000

C. P.: 3410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Suarez Grad

Nombre: Grad

M.N. / M. P. 35713

Domicilio Consultorio: 12 de

abril 1343

Teléfono: 445313

Vestibular															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
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
219	47	0	Cap	\$ 10	\$ 202	07/11	AARON
219	44	0	Cap	\$ 10	\$ 202	07/11	AARON
219	46	0	Cap	\$ 10	\$ 202	15/11	AARON

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 tratamiento de ser esto posible

J AARON

Firma del Paciente y N° D.N.I.

R

Firma y Sello Profesional

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