



# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
07.01					126 <sup>00</sup>	04-06-15	J. P. Ramirez
				126 <sup>00</sup>			

## Observaciones

Succión de dedo.

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 endodóncicamente dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mantener la pieza en su posición, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de ser este necesario.

X J. P. Ramirez - 51.150.475.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando Ramirez  
Odontólogo - Implantología  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional