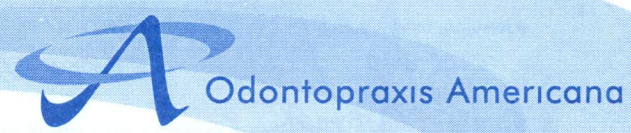


Sistema: Union Personal  
Asociado N°: 00916697044  
Plan: Classic

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Apellido: OLMEDO D.N.I. N°: 52899639  
Nombre: JAZMIN  
Parentesco: Hijo Fecha de Nacimiento: 24/04/13  
Domicilio: Mza B - lote 11 - B° La Esperanza  
Localidad: Rio Gde C. P.: 9420  
Teléfono: 15500550 -

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Gomez  
Nombre: Natalia  
M.N. / M. P.: 2012  
Domicilio Consultorio: Moyano 760  
Teléfono: 02964 - 15648812

Derecha										Izquierda									
Vestibular										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									
Vestibular										Vestibular									
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:**

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
0401.	-	-	-	\$ 10		08/06	<i>[Signature]</i>
0219	54	0	Ren	\$ 10		18/06	<i>[Signature]</i>
0219	84	0	Ren	\$ 10		18/06	<i>[Signature]</i>
0502				\$ 10		23/06	<i>[Signature]</i>

**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 emergencia.

x *[Signature]* 24727891.  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

*[Signature]*  
 Odontóloga  
 D.E.P. 2012  
 Firma y Sello Profesional