

Sistema: Unión Personal

Asociado N°: 00802821039

Plan: PMO

Apellido: ALVEZ

Nombre: TICIANA

Parentesco: tío

Domicilio: Loberre 641

Localidad: Río Gde

Teléfono: 15535038

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 44188963

Fecha de Nacimiento: 21/08/02

C. P.: 9420

DATOS DEL PROFESIONAL

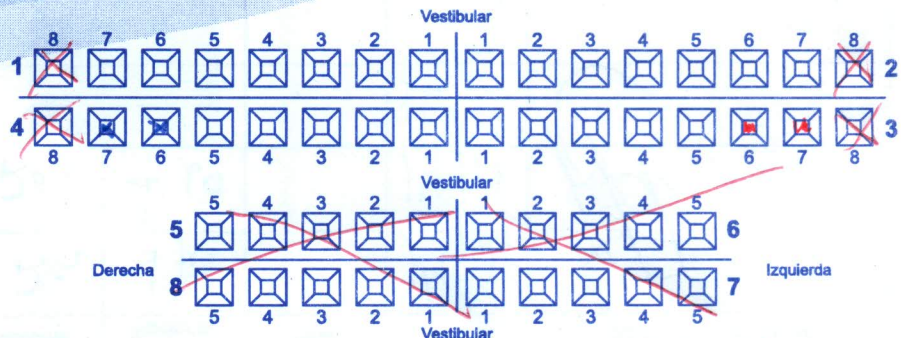
Apellido: Gomez

Nombre: Natalia

M.N. / M. P.: 2012

Domicilio Consultorio: Moyano 760

Teléfono: 02964-15648812



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
0219.	36	0	Res	\$ 10		14/11	
0219.	37	0	Res	\$ 10		14/11	
						16	

## 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 odontológicamente 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 este posible.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontóloga  
M.P. 2012  
Firma y Sello Profesional