

Sistema:

Asociado N°: 968573-03

Plan: Dorado

Apellido: Monje

Nombre: Flavia

Parentesco: Esp.

Domicilio: H. de Malvinas 1152

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 15513205

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 25.767.972

Fecha de Nacimiento: 29-07-77

C.P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña B.

Nombre: Alejandra

M.N. / M. P.: 02 48

Domicilio Consultorio: Paseo del Campo 2081

Teléfono: 15967696

Vestibular																	
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	3
Vestibular																	
Derecha								1	1	2	3	4	5	6	Izquierda		
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6							
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
Vestibular																	

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

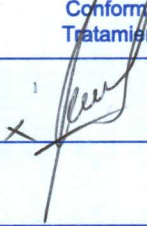
Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

OPT07

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	74	D				12/08/14	

Observaciones

.....

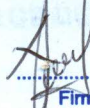
.....

.....

.....

.....

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 reintegro, de ser esto posible.

 25767972

Firma del Paciente y N° D.N.I.



Firma y Sello Profesional