

Sistema: ACCORDO SALUD

Asociado N°: 00727551902

Plan: DORADO

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

Apellido: CATA CATA

D.N.I. N°: 3109931548

Nombre: CRISTIAN JOSE

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 26/04/85

Domicilio: 6 ALBERTINO 1075

Localidad: C. P.:

Teléfono: 15562974

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dra. Paula Giavedoni

Nombre: M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97  
(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

Derecha								Izquierda							
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
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:

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
902	46			40	465	25/11/14	
					465		

Observaciones:

Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo sido informado por parte del Dr. .... La naturaleza de los tratamientos, posibles riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, de ser necesario, 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 inacción, a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible.

Odontóloga  
Especialista en Endodoncia  
M.N.: 27.337 - M.P.O.D.: 97

Firma del Paciente y N.º D.N.I.

Firma y Sello Profesional

30993548