

Sistema: Accord Salud.

Asociado N°: 00978899014

Plan: Dorado.

Apellido: GENSON.

Nombre: IRINA.

Parentesco: Hijo

Domicilio: Stonio 2911.

Localidad: Rio Gode

Teléfono: 15528084.

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 44236848.

Fecha de Nacimiento: 29/08/02.

C. P.: 9420.

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gómez

Nombre: Natalia

M.N. / M. P.: 2012

Domicilio Consultorio: Hernandez 1306

Teléfono: 02964 - 15648812.

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																	
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7	Izquierda					
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
0216	12	MV	Ren	\$ 5		22/06	x [Firma]
0215	11	V.	Ren	\$ 5		22/06	x [Firma]
0215	21	V.	Ren	\$ 5		22/06	x [Firma]

Observaciones Modificación
del odontograma:
Fractura de PD: 12-11-21
por traumatismo.

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 sanación bucal.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontóloga
M.P. 2012
Firma y Sello Profesional