

tema:

ociado N°: 2588RS-PSI

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Merano

D.N.I. N°: 47.857.536

Nombre: Axel

Parentesco: Hijo

Fecha de Nacimiento: 28-01-07

Domicilio: Bo. Co. balarto c4

Localidad: Usneiro

C. P.: 9410

Teléfono: 15613282

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Tania B

Nombre: Alejo

M.N. / M. P. 09 48

Domicilio Consultorio: Barrio del Campo 2081

Teléfono: 15461696

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:
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
0220	84	01				11/08/14	X [Signature]
0104	65*					29/08/14	X [Signature]

Observaciones

Dddr en pieza dentaria (65)

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 retratamiento, de ser este posible

[Signature] 25044639 (hand)
Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature]
Firma y Sello Profesional