

Sistema: Accurys

Asociado N°: 639543934

Plan: Bonasso

Apellido: Diaz

Nombre: Orlando Bonasso

Parentesco: Padre del paciente

Domicilio: Barrio del Belén

Localidad: Uyá

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 28741381

Fecha de Nacimiento: 29-8-84

C. P.: 840

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Beltzner

Nombre: Jenaro

M.N. / M. P.: 2400

Domicilio Consultorio: San Juan 444

Teléfono: 421010

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

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
0101					70	3/10	
0501					105	3/10	

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 retratamiento.

Firma del Paciente y N° D.N.I. 38406738

Firma y Sello Profesional