

Sistema:

Asociado N°: 0107070191910

Plan: Doredo

Apellido: Vango

Nombre: Sereche

Parentesco: Esposa

Domicilio: La Moriente 364

Localidad: Uslu

Teléfono: 15600850

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 20338820

Fecha de Nacimiento: 29/05/68

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuna B

Nombre: Alejandro

M.N. / M. P.: 999

Domicilio Consultorio: Paso del Campo 208

Teléfono:

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
Vestibular								Vestibular							
5															6
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

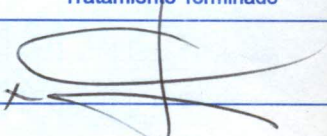
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

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
090101	(15-16)					20/08/14	

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 retratamiento, de ser esto posible.

Firma del Paciente

Firma y Sello Profesional

