

Sistema: .....

Asociado N°: 707018-108

Plan: Dorado

Apellido: Neumovich, Estelme

Nombre: Hijo

Parentesco: Hija

Domicilio: Los Morpanos

Localidad: Ushelaro

Teléfono: 433682 1560050

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 444031135

Fecha de Nacimiento: 25-02-03

C. P.: 8410

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña B

Nombre: Alejandra

M.N. / M. P.: 0949

Domicilio Consultorio: Puro del Campo 2081

Teléfono: 15467896

Derecha								Izquierda									
Vestibular								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
5								6									
8								7									
Vestibular								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
0505	46	OV				20/08/14	X
0505	26	OP				20/08/14	X
0505	36	OV				20/08/14	X

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

  
44.404.135  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

  
Firma y Sello Profesional