

Sistema: UP

Asociado N°: 0015151216181519212

Plan: 0002

Apellido: ROLOO

Nombre: EUGENIA NATALIA

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 14/03/96

Domicilio: R. del BOSQUE 907

Localidad:

C. P. :

Teléfono: 15521592

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dra. Paula Giavedoni

M.N.: 27.337 - M.P.O.D.: 97

M.N. / M. P. (02901) 425016

Domicilio Consultorio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 3913111733

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
5								6							
8								7							
5								5							
4								4							
3								3							
2								2							
1								1							
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
0101				15	93	02/06	
0302	37			45	465	02/06	
					558		

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 en el presente período de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de mi consentimiento, e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento posterior.

M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional