

Sistema: ul

Asociado N°: 60272303

Plan: plmo

Apellido: Lopez

Nombre: Maria Eugenie

Parentesco: B. Yagora 127

Domicilio: B. Yagora 127

Localidad: Uthmaniyah

Teléfono: 9410

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 26648569

Fecha de Nacimiento: 21/05/78

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dra. Paula Giavedoni

Nombre: Dra. Paula Giavedoni

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

(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

| 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 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | 5 | | | | | | | | | |

REFERENCIAS:

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 | Obturbación Ubicación | Obturbación Material | Valor a Cargo del Paciente | Valor Total | Fecha | Conformidad Paciente Tratamiento Terminado |
|---|----------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|-------------|---------|---|
| 0220 | 17 | OV | R | B | 302 | 3/02/15 |  |
|  | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 reintegro de ser esto posible

.....
Firma del Paciente y N° D.N.I.

.....
Firma y Sello Profesional
Dra. Paula Calvadori
Odontóloga
Especialista en Endodoncia
M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97