

Sistema:

Asociado N°: 838249-02

Plan: Dorsal

Apellido: Noeio

Nombre: Urrutia

Parentesco: Hijo

Domicilio: Mapellana 2260

Localidad: Chuao

Teléfono: 15458166-430086

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 44.576.517

Fecha de Nacimiento: 02-10-03

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña B.

Nombre: Alejandro

M.N. / M. P.: 09 49

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

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

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar


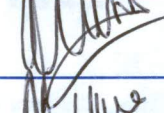
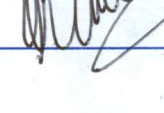
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

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	16	OP				08/08/14 x	
0505	46	OV				08/08/14 x	
0505	26	OP				11/08/14 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

 17.285.533 (M.A.M.)
 Firma del Paciente y N° D.N.I.


 Firma y Sello Profesional