

Sistema:

Asociado N°: ZS1888 F-041

Plan: PNO

Apellido: Norena

Nombre: Norene

Parentesco: Hija

Domicilio: Bo la balsa

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 15613282

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 45.648.651

Fecha de Nacimiento: 00-06-04

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña

Nombre: Alejandra

M.N. / M. P.: 0249

Domicilio Consultorio: Paseo del Campo 2081

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	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
0219	76	O				17/08/14	X [Firma]
0220	65	OM				25/08/14	X [Firma]

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 re-tratamiento, de ser esto posible.

[Firma] 25644633 (maria)
Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Firma y Sello Profesional]