

Sistema: Acort

Asociado N°: 727910410

Plan: Senior

Apellido: Garza

Nombre: Guadalupe

Parentesco:

Domicilio: C. Argueta 1075

Localidad:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 81516526

Fecha de Nacimiento: 8-15-51

C. P. :

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Sethu

Nombre: Gerardo

M.N. / M. P. 24009

Domicilio Consultorio: San Juan 1075

Teléfono: 400010

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

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar


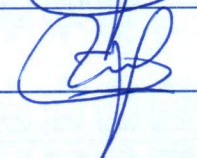
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

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 |
|----------------------|----------------|----------------------|---------------------|----------------------------|-------------|-------|---|
| 910 A1 | | | | | 78 | 2010 |  |
| 020202 | 46 | 0J | | | 74 | 2010 |  |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 este posible.

 8896526

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando H. ...
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. ...

Firma y Sello Profesional