

Sistema: Arcond Novore

Asociado N°: 00783263003

Plan: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Perez

D.N.I. N°: 25735121

Nombre: Carlos

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 18/12/77

Domicilio: Calle de Grana n° 3838

Localidad: Ush

C. P.: 9410

Teléfono: 15485450

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Servino

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. ad n° 99

Domicilio Consultorio: San Martín

n° 1684 Oto 1° A

Teléfono: 425016

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								Izquierda												
5								1	2	3	4	5	6							
8								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
0701				15	583.00	11/9/14	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, declaro expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza traída a colgar, el cual tiene un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de cualquier complicación e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento, de ser este posible.

M.N.: 27.009 - M.P.: O.D.: 99

Firma del Paciente y N° D.N.I.

**Firma y Sello Profesional**