

Cobertura: ACCORD SALUD UP.

Asociado N° 00996629016

Plan: DORADO - 20 PLAN 0003 **DATOS DEL PACIENTE**

Apellido: PISANO D.N.I. N° 39392192

Nombre: RAUL ALBERTO.

Parentesco: Hijo Fecha de Nacimiento: 04-03-96

Domicilio: J. HERNANDEZ 1177.

Localidad: T. GDE. Provincia: T. DEL FGO C.P.: 8420

Teléfono: 15524026

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: CAMPERO

Nombre: LOURDES

M.N./M.P.: MP 00-1722

Domicilio Consultorio: P. NAVAS 482

Provincia: T. DEL FGO.

Localidad: R. GDE.

Teléfono: 2964 - 423319

REFERENCIAS:

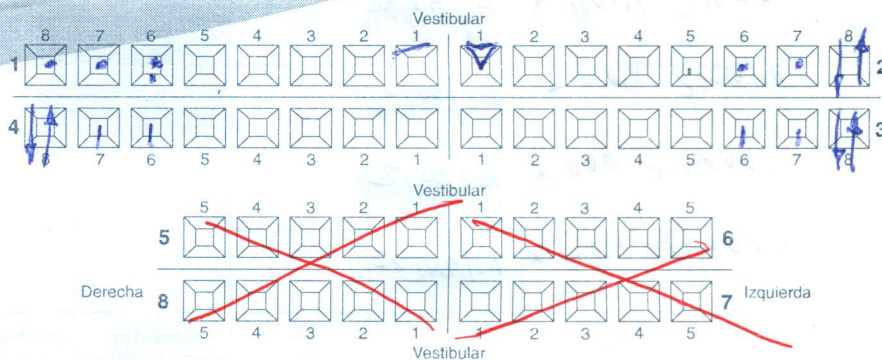
Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

☐
Coronas

Cantidad de dientes existentes.....



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Valor a cargo de Odontopraxis	Co-Seguro a cargo del paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0201						26/10/14	x RAUL PISANO
0216	11	VP				26/10/14	x RAUL PISANO
0216	16	OP				26/10/14	x RAUL PISANO
0216	17	OP				30/10/14	x RAUL PISANO

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 endodómicamente 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.

Dra. Campero Ma. de Lourdes
Odontóloga
M.N. 28479 MP. OD. - 1722

.....
Firma del Paciente y N° D.N.I.

.....
Firma y Sello Profesional