

Sistema:

Asociado N°: 547978-001

Plan: PMO

Apellido: Gonzalez

Nombre: Ignacio

Parentesco: Tutor

Domicilio:

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 15603189

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 29.809.449

Fecha de Nacimiento: 13-11-82

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña S.

Nombre: Alejandro

M.N. / M. P. 0248

Domicilio Consultorio: Paseo del Comodoro

Teléfono: 15967896

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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0219	36	0				05/09/14	

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 este posible.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

