

Sistema: UP  
Asociado N°: 00614236004  
Plan: PMO

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: CARLOS D.N.I. N°: 21546128  
Nombre: ELISABET.  
Parentesco: TITULAR Fecha de Nacimiento: 18-05-70  
Domicilio: A. VALLESG 422  
Localidad: 2. GDE. C. P.: 8420  
Teléfono: 1550 17 01

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: CAMPERO  
Nombre: LOURDES  
M.N. / M. P. 28479  
Domicilio Consultorio: P. MAUSI 402  
Teléfono: 423319

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

**REFERENCIAS:**

OPT07

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

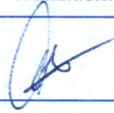
**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**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
0220	26	MO				26/11/14 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, 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 esto posible

.....  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

 Dra. Campero Ma. de Lourdes  
 Odontóloga  
 MN. 28479 MP: OD - 1722

.....  
 Firma y Sello Profesional