

Sistema:

Asociado N°: 61585309

Plan: Plomo

Apellido: Mechea

Nombre: Delia

Parentesco: Tula

Domicilio: Ant. Penadon C5

Localidad: Ullense

Teléfono: 15975212

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 29017960

Fecha de Nacimiento: 30/10/81

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Anna B.

Nombre: Alejandra

M.N. / M. P.: 0249

Domicilio Consultorio: Pso del Campo 2021

Teléfono: 15969086

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	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
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
0219	35	0				11/08/14	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 endodóticamente 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.

 2907960

Firma del Paciente y N° D.N.I.



Firma y Sello Profesional