

Sistema: Acces

Asociado N°: 2490947911

Plan: General

Apellido: Tabares

Nombre: Benito Br 90214

Parentesco: .....

Domicilio: Cerro 740

Localidad: USA

Teléfono: .....

## DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 14444444

Fecha de Nacimiento: 31-5-81

C. P.: Prima

## DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Sejvar

Nombre: Sejvar

M.N. / M. P. 10008

Domicilio Consultorio: San Juan 1014

Teléfono: 200011

Derecha								Izquierda							
Vestibular								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
Derecha								Izquierda							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
Vestibular								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
0191					28	30/10	2

## 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 el incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro, de ser esto posible

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Especialista en Ortodoncia  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional