

Sistema: Unión Personal
Asociado N°: 00216857041
Plan: PMO

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: CARDOZO D.N.I. N°: 35356918
Nombre: Gisella del Carmen
Parentesco: hija Fecha de Nacimiento: 16/12/90
Domicilio: San Martín 2626
Localidad: Rio Gde C. P.: 9420
Teléfono: 443813

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gomez
Nombre: Natalia
M.N. / M. P.: 2012
Domicilio Consultorio: Moyano 760
Teléfono: 02964 - 15648012

Vestibular															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
Vestibular															
Derecha								Izquierda							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
Vestibular															

REFERENCIAS: ☒ **Lápiz Azul** Tratamiento a realizar ☐ **Lápiz Rojo** Tratamiento anterior ☐ **Lápiz Verde** Selladores ☐ Coronas Cantidad de Dientes existentes

OPT07

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101	-	-	-			20/11	x <i>[Firma]</i>
0219	44	0	Res			20/11	x <i>[Firma]</i>
0219	45	0	Res			20/11	x <i>[Firma]</i>

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 dejó 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]
Dra. Gómez Natalia N.
Odontóloga
M.P. 2012

x *[Firma]* 35.356.978
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional