

Sistema:

Asociado N°: 00832949915

Plan: Dorado

Apellido: Lima

Nombre: Roberto

Parentesco: Hijo

Domicilio: Rosal Muelle 1250

Localidad: Uslu

Teléfono: 15866589

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 47714209

Fecha de Nacimiento: 02/01/07

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acevedo B.

Nombre: Alejandro

M.N. / M. P.: 0999

Domicilio Consultorio: Paseo del campo

Teléfono: 2081

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	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
Vestibular																	

REFERENCIAS:
OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

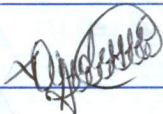
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101						06/08/14	

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 retratamiento, de ser este posible.

 Andre Heredia
26.020253 (mms)
Firma del Paciente y N° D.N.I.


Firma y Sello Profesional