

Sistema:

Asoado N°: 11695180-021

Plan: Dorado

Apellido: Aulo

Nombre: Peralta

Parentesco: Hijo

Domicilio: 640 viu. T 12 A

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 431235

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 35.283.451

Fecha de Nacimiento: 02.07.80

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña B

Nombre: Alejandro

M.N. / M. P.: 0949

Domicilio Consultorio: Paseo del Comodoro 2081

Teléfono:

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								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															

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

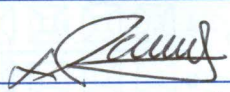
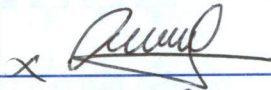
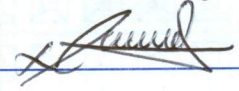
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

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
0218	35	0				05/08	
0219	34	0				05/08	x 
0501						05/08	x 

Observaciones

.....

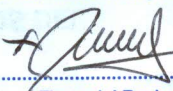
.....


.....

.....

.....

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

 35 283 401
Firma del Paciente y N° D.N.I.


Firma y Sello Profesional