

Sistema:

Asociado N°: 2588951931

Plan: PNO

Apellido: Novaro

Nombre: Meloni

Parentesco: Hijo

Domicilio: Po. Lebedito C. 4

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 1501 3232

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 43.1697.18146

Fecha de Nacimiento: 16-08-01

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Laura Beuter

Nombre: Alejandra

M.N. / M. P.: 2249

Domicilio Consultorio: Pozo del Campo 221

Teléfono: 1546696

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								1	1	2	3	4	5	6	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
0220	16	OP				06/08/14	X [Signature]
0219	46	V				06/08/14	X [Signature]
0219	47	O				06/08/14	X [Signature]

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.

[Signature] 25644637 (fami)
Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature]
Firma y Sello Profesional