

Sistema: .....

Asociado N°: 868543799

Plan: Dorado

Apellido: Aguirre

Nombre: Jorge

Parentesco: Titular

Domicilio: Hermanos de Medina

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 1551 1172

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 25.278.9611

Fecha de Nacimiento: 28-07-76

C. P.: 9410

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Aguirre B.

Nombre: Alejandro

M.N. / M. P.: 99 49

Domicilio Consultorio: Paso del Campo 2081

Teléfono: .....

Derecha								Izquierda									
Vestibular								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								Vestibular									
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								Vestibular									

### REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul

Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo

Tratamiento anterior

Lápiz Verde

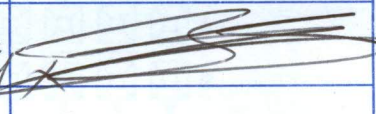
Selladores



Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

# PARA USO PROFESIONAL

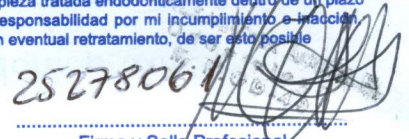
Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0104	16*					13/08/14	

Observaciones: *\* Fractura Restaura  
por OD del D.N. 76.*

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.



Firma del Paciente y N° D.N.I.

25278061 

Firma y Sello Profesional