

Sistema: Acord Salud.

Asociado N°: 02406349029

Plan: Dorado

Apellido: RAMIREZ

Nombre: DIANA

Parentesco: Hijo

Fecha de Nacimiento: 18/08/06

Domicilio: U Forpats 1031

Localidad: Rio Gde

C. P.: 9420

Teléfono: 15514143

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 46707186

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gomez

Nombre: Natalia

M.N. / M. P. 2012

Domicilio Consultorio: Moyano 760

Teléfono: 02964 - 15648802

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
0220	74 ✓	OM	Ren	\$ 5		13/01	
0216	73 ✓	DV	Ren	\$ 5		13/01	
			XXXX				XXXX
			XXXX				XXXX

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, he expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada debidamente 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 tratamiento posterior.

Dra. *[Firma]*
Odontóloga
M.P. 2012

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional