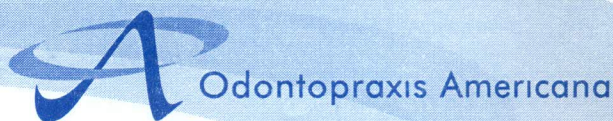


Sistema: Acceso sano  
Asociado N°: 10191221616 2018  
Plan: DOLAR

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Apellido: CARI D.N.I. N°: 130846784  
Nombre: CRISTIAN LIANO  
Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 20/04/84  
Domicilio: YOWEN 2456  
Localidad: ..... C. P.: .....  
Teléfono: 15497682

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....  
Nombre: Dra. Paula Giavedoni  
M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97  
(02901) 425016  
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  
M.N. / M. P. ....  
Domicilio Consultorio: .....  
Teléfono: .....

Derecha								Izquierda							
Vestibular								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								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						

**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				15	93	17/03/15	Cari Cristian
0301	15			40	350	17/03/15	CARI CRISTIAN
					443		

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 en el presente, dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de no cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro, de ser esto posible.

Dr. Paula Cervera  
Especialista en Endodoncia  
M.N.: 27.337 - M.P. C.D.: S

→ Cari Cristian \* 30.846.784  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional