

Sistema: Unión Personal
Asociado N°: 00RS0537015
Plan: PMO

**DATOS DEL
PACIENTE**

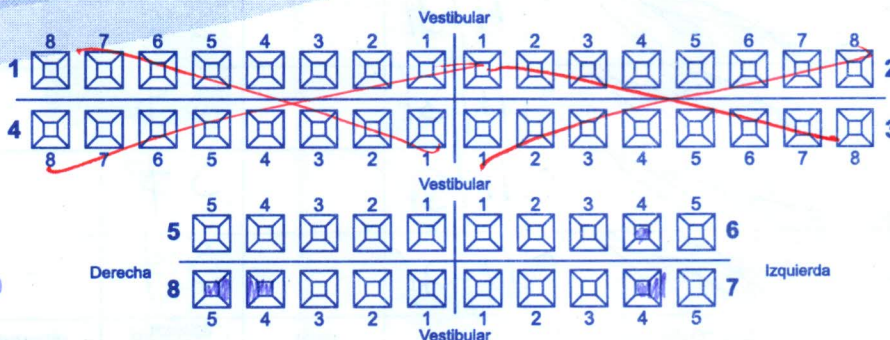


Odontopraxis Americana

Apellido: ORTEGA D.N.I. N°: 49195050
Nombre: THIAGO
Parentesco: hijo Fecha de Nacimiento: 27/10/08
Domicilio: Kore 446
Localidad: Rio Gde C. P.: 9420
Teléfono: 15519704

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gomez
Nombre: Natalia
M.N. / M. P.: 2012
Domicilio Consultorio: Mayano 760
Teléfono: 02964 - 15648812



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
0401.	-	-	-	\$5		18/11	x [Signature]
0219	64	0		\$5		18/11	x [Signature]
0220	74	OD.		\$5		18/11	x [Signature]
0220	84	OD		\$5		18/11	x [Signature]
0220	85	OM		\$5		18/11	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 endodóticamente 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

x [Signature] 33090271
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature]
 Dra. Gómez Natalia N.
 Odontóloga
 M.P. 2012
 Firma y Sello Profesional