

Cobertura: Accord Salud

Asociado N°: 00874593002

Plan: Platino

Apellido: BUSTOS

Nombre: ALEJANDRO

Parentesco: -

Domicilio: Kenine K 458

Localidad: R. Gde.

Teléfono: 15496999

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 33991950

Fecha de Nacimiento: 22/11/88

Provincia: T. del F. C. P.: 9420

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gomez

Nombre: Natalia

M.N. / M. P.: 2012

Domicilio Consultorio: Mapno 760

Provincia: T. del F.

Localidad: Rio Gde

Teléfono: 15648812

Diagrama dental (odontograma) con 16 cuadrantes numerados 1 a 16. Los cuadrantes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 están marcados con una 'X' roja, indicando que no existen o no se registraron.

Diagrama dental (odontograma) con 16 cuadrantes numerados 1 a 16. Los cuadrantes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 están marcados con una 'X' roja, indicando que no existen o no se registraron.

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar


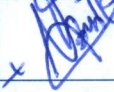
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

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	-	-	-	-		29/04	
0501	-	-	-	-		29/04	

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, debiendo dársele 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

Dr. Gómez Natalia N.

Odontóloga

M.P. 2012

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional