

Sistema: UP

Asociado N°: 10107231316510109

Plan:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: CEBALLOS D.N.I. N°: 321473141011

Nombre: ALAN WILFREDO

Parentesco: TITULAR Fecha de Nacimiento: 20-12-80.

Domicilio: VICUÑA 583

Localidad: C. P.:

Teléfono: 444764 -

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: CAMERO

Nombre: LURDES

M.N. / M. P. 28479

Domicilio Consultorio:
P. MAYA 482

Teléfono: 423319

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						
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
0302	26					06-11-14	X <i>C. Balla</i>
0901	26					06-11-14	X <i>C. Balla</i>
0901	26					06-11-14	X <i>C. Balla</i>

Observaciones

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica, con todos los riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. La naturaleza de los tratamientos, sus complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente su consentimiento informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un 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.

OL Dra. **Campero Ma. de Lourdes**
Odontóloga
M.N. 28479 MP: OD - 1722

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional