

Sistema: UP
Asociado N°: 010055984005
Plan: PLAN 0002

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: ESPINDO/A D.N.I. N°: 7363770
Nombre: ROBERTO
Parentesco: TITULAR Fecha de Nacimiento: 20/01/44
Domicilio: FORGACS 1265
Localidad: R. GDE C. P.: 8420
Teléfono: 423319

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: CAMPERO
Nombre: WORGES
M.N. / M. P.: 28479
Domicilio Consultorio: P. MAVAL 482
Teléfono: 423319

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												
								5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6		
Derecha								8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7	Izquierda
								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
02 20	47	017				27/11/14	

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 endodónticamente 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

.....
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

 **Dra. Camparo Ma. de Lourdes**
 Odontóloga
 M.N. 28479 M.P. OD - 1722
 Firma y Sello Profesional