

Sistema: .....

Asociado N°: 1169580-198

Plan: Dorado

Apellido: Arce

Nombre: Nicolás

Parentesco: Hijo

Domicilio: 640 O.V. 712

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 431275

**DATOS DEL  
PACIENTE**



**Odontopraxis Americana**

D.N.I. N°: 39.391.294

Fecha de Nacimiento: 08.05.96

C. P.: 9610

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Arce B.

Nombre: Alejandro

M.N. / M. P.: 0999

Domicilio Consultorio: Paseo del Campo 2081

Teléfono: 15468896

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

**REFERENCIAS:**

OPT07

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

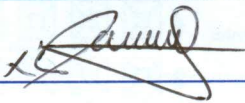
**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

☐  
Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

# PARA USO PROFESIONAL

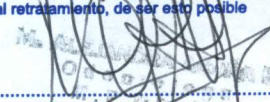
Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0215	21	P				05/08/14	

## 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

 35283451 (hermana)  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

  
 Firma y Sello Profesional