

Sistema: Accord Salud

Asociado N°: 0077891100

Plan: Apurado

Apellido: Valde 3

Nombre: Luis Cesar

Parentesco: titular

Domicilio: B- Escondido - CS2

Localidad: Usulután

Teléfono: 15405589

# DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 29724264

Fecha de Nacimiento: 15/01/83

C. P.: 940

## DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Salazar

Nombre: Cristiano

M.N. / M. P. 30713-139

Domicilio Consultorio: Octubre 1343

Teléfono: 445813

Vestibular															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
Vestibular															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
Derecha								Izquierda							
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
218	13	0	Can	10	292	15/11	

Observaciones .....

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr. Dr. Erick 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 a la instrucción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento, de ser esto posible

 29.724.262  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

  
Firma y Sello Profesional

Odontólogo  
M.P. OD-139  
M.N. 30713