

Cobertura: ..... U P

Asociado N°: 10102252631009

Plan: PNO

Apellido: AUSAPE

Nombre: MARCELA LILIANA

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 16/09/72

Domicilio: PAVEN 2405

Localidad: ..... Provincia: ..... C. P. : .....

Teléfono: 15467872

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: Dra. Paula Giavedoni

M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97

(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio: .....

Provincia: .....

Localidad: .....

Teléfono: .....

### REFERENCIAS:

Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior

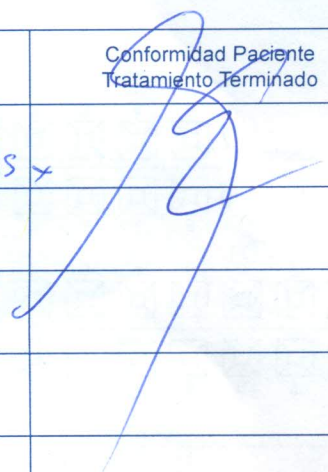
Lápiz Verde  
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....


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

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0302	36			40	465	12/06/15	
					465		



Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo sido informado 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, quedando a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser éste posible.

 22963498

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional