

Sistema: UP
Asociado N°: 00221875012

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Plan:

Apellido: HERNANDEZ

D.N.I. N°: 1875580911

Nombre: ROSA

Parentesco: ESPOSA

Fecha de Nacimiento: 02-06-58

Domicilio: M. Auxiliadora 315

Localidad: C. P. :

Teléfono: 15481918

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: CAMERO

Nombre: LOORDS

M.N. / M. P. MP OD-1722

Domicilio Consultorio: P. Mayo 482

Teléfono: 423319

Diagrama dental (odontograma) con numeración de dientes:

Superior:

- Arco superior izquierdo: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 (Vestibular)
- Arco superior derecho: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 (Vestibular)

Inferior:

- Arco inferior izquierdo: 4, 3, 2, 1, 8, 7, 6, 5 (Vestibular)
- Arco inferior derecho: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 (Vestibular)

Laterales:

- Derecha: 5, 4, 3, 2, 1, 8, 7, 6
- Izquierda: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

☐
Coronas

Cantidad de Dientes existentes

OPT07

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0901	17					10/10/14	<i>Rosales</i>

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. Campero M. de Lourdes
 Odontóloga
 MN. 28479 MP. OD. 1722
 Firma y Sello Profesional

