

Cobertura: Unión Personal.

Asociado N°: 00156278026

Plan: PMO

DATOS DEL  
PACIENTE

Odontopraxis Americana

Apellido: CAVAVOSO

D.N.I. N°: 34688619

Nombre: MICAELA

Parentesco: Hijo

Fecha de Nacimiento: 16/03/94

Domicilio: Trigoyen 843

Localidad: Rio Gde

Provincia: C. P.: 9420

Teléfono: 15453039

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gómez

Nombre: Natalia

M.N. / M. P.: 2012

Domicilio Consultorio: Hernandez 1306

Provincia: T. de F.

Localidad: Rio Gde

Teléfono: 1564882

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

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
0220	16. ✓	OP	Res	\$ 15		11/05	x <i>[Firma]</i>
0220	26. ✓	OP.	Res.	\$ 15.		11/05	x <i>[Firma]</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, he expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada en odontológicamente dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de cualquier infección, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible.

*[Firma]*  
 Edson López  
 M.P. 2012

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

.....  
 Firma y Sello Profesional