

Sistema: JP

Asociado N°: 00605263009

Plan: PMO-

Apellido: Soto

Nombre: Jose Luis

Parentesco: su hijo de 16 años Fecha de Nacimiento: 15/01/93

Domicilio: San Lorenzo del Valle 443

Localidad: USA C. P.: PMO-

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Suarez Grich

Nombre: Orlando


M.N. / M. P. 30413

Domicilio Consultorio: H. de

Octubre 1363

Teléfono: 45513

DATOS DEL PACIENTE

 Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 23029496

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	3	2	1	1
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	5	4	3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Vestibular								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
101	-	-	-	\$15	\$78	06/11	
1001	16	-	-	\$15	\$133	06/11	
501	-	-	-	\$15	\$105	13/11	

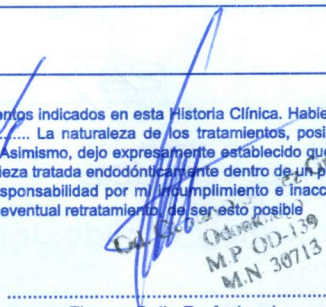
Observaciones

.....

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.


 M.P. 00-139
 M.N. 30713

Firma y Sello Profesional