

Cobertura: 85

Asociado N°: 11145020

Plan: 65

Apellido: marini

Nombre: peccolo


Parentesco: 300 años

Domicilio: 923 - 250 +

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE

 Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 91925855

Fecha de Nacimiento: 16-4-88

Provincia: TDF C. P.: 8410

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:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

 Coronas

Cantidad de Dientes existentes

Derecha								Izquierda							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Vestibular

Vestibular

P/C

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			\$10	558	26/06	2
0220	45	OV	Comp	\$70	362	26/06	5
0104	26.			\$10	112	26/06	8
				\$40			

Observaciones

En la 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, quedo 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 re-tratamiento, de ser este posible.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

ODONTOLÓGICA
M.N. 27.331 - M.P. OD-97