

Sistema: Union Personal
Asociado N°: 0021168571017
Plan: PMO

**DATOS DEL
PACIENTE**

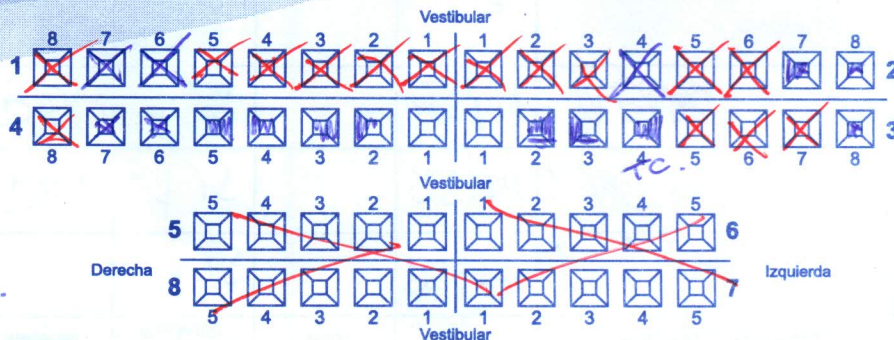


Odontopraxis Americana

Apellido: SALAZAR D.N.I. N°: 12798850
Nombre: SUSANA
Parentesco: Esposa Fecha de Nacimiento: 31/01/58
Domicilio: San Martin 2626 Ed 29 PBA
Localidad: Rio Gde C. P.: 9420
Teléfono: 443813

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gomez
Nombre: Natalia
M.N. / M. P.: 2012
Domicilio Consultorio: Moyano 760
Teléfono: 02964 - 15648812



REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101	-	-	-	\$15		25/11	x [Signature]
0216	32	VD	Res	\$15		25/11	x [Signature]
0216	33	VM	Res	\$15		25/11	x [Signature]

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 a infección, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento, de ser esto posible.

x [Signature]

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dra. Gómez Natalia N.

Odontóloga

M.D. 2012

Firma y Sello Profesional