


Sistema: UP  
Asociado N°: 00602564911  
Plan: PRO  
Apellido: FERNANDEZ  
Nombre: SILVA

**DATOS DEL  
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 25/05/72  
Domicilio: B° 11 de Noviembre c.18  
Localidad: ..... C. P.: .....  
Teléfono: 15477969

**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: .....  
Teléfono: .....

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

**REFERENCIAS:**

OPT07

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

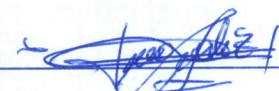
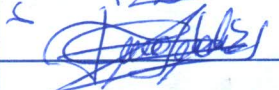
**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**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	93	27/02/15	
0301	35			40	350	27/02/15	
					443		

Por 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, dejo expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada en el presente dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por el incumplimiento e inacción, quedando a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser este posible.

Especialista en Endodoncia  
M.N.: 27.337 - M.P.O.D.: 97

 30320165  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

  
Firma y Sello Profesional