

Sistema:

Asociado N°: 260178-041

Plan: Dorado

Apellido: Timber

Nombre: Juan

Parentesco: Hijo

Domicilio: H. Enfoyen 2660

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 15569099

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 43.169.843

Fecha de Nacimiento: 13-05-01

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña B.

Nombre: Alejandra

M.N. / M. P.: 0249

Domicilio Consultorio: Poso del campo 2001

Teléfono: 15467696

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

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
0219	85	○				13/08/14	X
0219	36	○				19/08/14	X
0219	37	○				19/08/14	X

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.

Firma y Sello Profesional