

Ushuaia, 04 de Septiembre de 2014

Señores Odontopraxis

Su despacho,

Me dirijo a Uds. Con el fin de adjuntar a la misma, ficha correspondiente a prestaciones odontologicas realizadas al paciente Rastelli, Daniel afiliado num: 1858460 00, el cual fue atendido de forma excepcional por su condicion de trabajo (embarcadizo), el cual necesitaba tratamientos correspondientes. Este caso ya fue conversado con el Dr. Jorge Dalmasso, ademas no es la unica ficha existente, queda una mas con mas prestaciones que seran enviadas el mes siguiente.

Sin otro particular

Saludos

atte.

M. ALEJANDRA ACUÑA B.
ODONTÓLOGA
M. 13-01-60

Dra. Maria Alejandra Acuña Benitez

Odontologa MP OD-49

Sistema:

Asociado N°: 185846000

Plan: Dora do

Apellido: Rastelli

Nombre: Daniel

Parentesco: Titular

Domicilio: Yawen 1890

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 15415639

DATOS DEL PACIENTE

D.N.I. N°: 113.663.1096

Fecha de Nacimiento: 13-01-60

C. P.: 9460

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña B

Nombre: Alejandra

M.N. / M. P.: 09 49

Domicilio Consultorio: Paseo del Campo 2031

Teléfono: 15467096

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
Derecha								Izquierda									
Vestibular								Vestibular									
5								6									
8								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
0220	37	OMV				22/07/14	X
0220	47	OMV				22/07/14	X
0219	36	O				22/07/14	X
0219	46	V6				23/07/14	X
0219	45	V6				23/07/14	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 tratamiento, de ser esto posible

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional