

Cobertura: Acord Salud.

Asociado N°: 02432985092

Plan: Platino

Apellido: PADIN

Nombre: SOFIA

Parentesco: Hijo

Domicilio: Teniente Bernard 628

Localidad: Rio Gde

Teléfono: 02961 - 15528462

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 34533248

Fecha de Nacimiento: 14/06/93

Provincia: 9420

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gómez

Nombre: Natalia

M.N. / M. P. 2012

Domicilio Consultorio: Mayano 760

Provincia: T. de F.

Localidad: Rio Gde

Teléfono: 02964 - 15648812

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

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	36	OV	Ren	\$ -		15/04	x RADIN FORTA
0220	37	OV	Ren	-		15/04	x RADIN FORTA
0220	38	OV	Ren	-		15/04	x RADIN FORTA
0220.	14	OP	Ren	-		27/04	x RADIN FORTA
0220	16	OP	Ren	-		27/04	x RADIN FORTA

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, 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 retratamiento, de ser esto posible.

Dr. Gómez Natalia N.

Odontóloga

911.2.2012

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional