

Sistema: Accord Salud
Asociado N°: 00948899917
Plan: Dorado

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: GERSON D.N.I. N°: 44236848
Nombre: IRINA
Parentesco: tipo Fecha de Nacimiento: 29/08/02
Domicilio: Stonic 2911
Localidad: Rio Gde C. P.: 9420
Teléfono: 15528054

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gómez
Nombre: Natalia
M.N. / M. P.: 2012
Domicilio Consultorio: Moyano 760
Teléfono: 02964-15645812

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
5								6									
8								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 á Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0219.	47	0	Res	\$ S		27/11	x <i>[Signature]</i>

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 necesario.

[Signature]

Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature]

Odontólogo

9.9.2012

Firma y Sello Profesional