Plan:	~ ~~	PA	TOS DEL ACIENTE		Odontopraxis America
Apellido:		PABLO		D.N.	I.Nº: 13117001517111
Parentesco:			Fecha de Nacin	niento:	0 12 93
Domicilio:	640	VIU. 4-B	3P. B		
Localidad:				1	
Teléfono:	1	5469288			
DATOS DEL PRO	FESIONAL	8	7 6 5 4 3	Vestibular	2 3 4 5 6 7 8
Apellido:		1 🗓 🖸			dododod
	Dra. Paula Giaved	oni 4	IDDDD		
Nombre:M	N.: 27.337 - M.P. 0 (02901) 425016		7 6 5 4 3	3 2 1 1 Vestibula	2 3 4 5 6 7 8
Sar Sar	(02301) 423016 Martín 1684 Piso 1	Dpto. A	5 🛱 🛱 🛱		
	orio:	D	erecha 8 M M		I I I I I I I I I I I I I I I I I I I
			5 4 3	3 2 1 1 Vestibula	2 3 4 5
Teléfono:		grafay.			
REFERENCIAS:	Lápiz Azul	Lápiz Rojo	Lápiz Verde	0	0.01.11.00.11.11.11
OPT07	Tratamiento a realizar	Tratamiento anterior	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	25/11/14	6 Morena
0302	-36	MH O.D.I.B. APALIS		40	465	25/11/14	Maler
4	; Esti, Faux	Geredon					
					Pis.		
		13					
	(5)		# 2		558		



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 omplicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he ido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un plazo náximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por pri incluppilmiento e inacción, sumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible donto loga.

Especialista en Endodo.

M.N. 2337 - M.P. O.:

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

Firma y Sello Profesional