

Sistema: Unión Personal

Asociado Nº: 001681536011

Plan: D.M.O.

Apellido: Messino Montines

Nombre: Analiz, Rafael

Parentesco: conyuge

Domicilio: Marcos Zar 380 No 1

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 15489344

# DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. Nº: 255711336

Fecha de Nacimiento: 02/10/76

C. P.: 9410

## DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Suarez Coronado

Nombre: Gerardo Javier

M.N. / M. P.: 30713-138

Domicilio Consultorio: 12 de Octubre 1343

Teléfono: 445313

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

## 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
219	36	0	Cor	\$ 15	\$ 282	6/11	<i>[Signature]</i>
219	34	0	Cor	\$ 15	\$ 282	15/11	<i>[Signature]</i>
219	35	0	Cor	\$ 15	\$ 282	15/11	<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 a inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento, de ser esto posible

*[Signature]*  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo  
 M.P. 02-139  
 M.N. 50713  
 Firma y Sello Profesional