

Sistema: VP

Asociado N°: 755236091

Plan: Odontopráxica 0003

Apellido: Vildoni

D.N.I. N°: 2260082011

Nombre: Patricia

Parentesco: B° 60 viv. Secam 6-7 Fecha de Nacimiento: 09/05/12

Domicilio: Uphare

Localidad: Uphare C. P.: 9410

Teléfono: .....

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: Dra. Paula Glavedoni

M.N.: 27337 - M.P.O.D.: 97

(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio: .....

Teléfono: .....

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopráxica Americana

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	7	8	7	6	5
5															
8															
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	7	6	5

### REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar



Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior

Lápiz Verde  
Selladores

Coronas

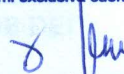
Cantidad de Dientes existentes .....

# PARA USO PROFESIONAL

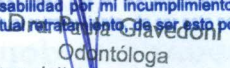
Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	26	OM		10	302	3/02/15	X 
0220	34	OD		10	302	3/02/15	X 

## 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 reintegro de ser esto posible

X 

Firma del Paciente y N° D.N.I.

  
 Odontóloga  
 Especialista en Endodoncia  
 M.N.: 27.337 - M.P.O.D.: 97  
 Firma y Sello Profesional