

Sistema: UP

Asociado N°: 556001919

Plan: puente fijo

Apellido: Acuña de

Nombre: Donna Donna

Parentesco: 225 vat 92-10

Domicilio: 225 vat 92-10

Localidad: La

Teléfono: 810

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 22916683

Fecha de Nacimiento: 5-12-74

C. P.: 810

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Sellera

Nombre: Diego

M.N. / M. P. 2000

Domicilio Consultorio: San Bernabé 1149

Teléfono: 452010

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
Vestibular															
Derecha								Izquierda							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
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
020201	14	J	D	10	265	30/10	1. [Signature]
20701	15	U	D	10	265	13/10	2. [Signature]

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 retratamiento de esta pieza.

[Signature]  
Firma del Paciente y N° D.N.I. 27016-653

[Signature]  
Firma y Sello Profesional  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
Especialista en Prótesis