

Sistema: Union Personal

Asociado N°: 0015490301

Plan: Clasico

Apellido: Vilte

Nombre: Maria Rosa

Parentesco: Conyuge

Domicilio: 96 viviendas TS 1 PB

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 431 061

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 16888848

Fecha de Nacimiento: 31/01/65

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Suarez

Nombre: Armando

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

Domicilio Consultorio: 12 de Octubre 1343

Teléfono: 445313

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					
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
101	-	-	-	10	83	03/11	<i>[Signature]</i>
501	-	-	-	10	110	03/11	<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. *[Signature]* 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 ser esto posible

[Signature]

Firma del Paciente y N° D.N.I.

16.888.848

Od. Cusco
Odontólogo
M.P. 000-139
M.N. 130713

Firma y Sello Profesional