

Cobertura:.....

Asociado N° 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Plan: .....

Apellido:..... D.N.I. N° 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre:.....

Parentesco:..... Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio:.....

Localidad:..... Provincia:..... C.P.:.....

Teléfono:.....

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:.....

Nombre:.....

M.N./M.P.:.....

Domicilio Consultorio:.....

Localidad:.....

Provincia:.....

Teléfono:.....

### REFERENCIAS:

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

☐  
Coronas

Cantidad de dientes existentes .....



Odontopraxis Americanas S.A.

### DATOS DEL PACIENTE

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

### PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Valor a cargo de Odontopraxis	Co-Seguro a cargo del paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado

### 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 ser esto posible.

.....  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

.....  
Firma y Sello Profesional