

Sistema: W

Asociado N°: 002192303

Plan: Plus

Apellido: Lozano

Nombre: Maria Rogelia

Parentesco:

Domicilio: La Gama 12A

Localidad: W. H.

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 16048569

Fecha de Nacimiento: 21-5-77

C. P.: 140

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Seltzer

Nombre: Gerardo

M.N. / M. P.: 18000

Domicilio Consultorio: San Felipe 1609

Teléfono: 424060

								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															
								5	4	3	2	1	1	2	3								
Derecha								5															
								8															
								5	4	3	2	1	1	2	3								
								Vestibular															

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
0101				10	58	30/10	
0901	37			10	93	30/10	
020701	39	↓	B.	10	205	30/10	

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 en el presente, 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 este posible.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

Dr. Fernando P. S. ...
Especialista en Ortodoncia
M.N.: 27.009 - M.P. Q.D.: 99