

Sistema: Acord Salud  
Asociado N°: 02406349029  
Plan: Dorado

DATOS DEL  
PACIENTE

 Odontopraxis Americana  
D.N.I. N°: 46608332

Apellido: RAMIREZ  
Nombre: DIANA  
Parentesco: hijo Fecha de Nacimiento: 18/08/06  
Domicilio: Forcats. 1031  
Localidad: Rio Gde C. P.: 9420  
Teléfono: 15514143

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gomez  
Nombre: Natalia  
M.N. / M. P.: 2012  
Domicilio Consultorio: .....  
Teléfono: 02964 - 15648812

Derecha								Izquierda									
Vestibular								Vestibular									
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	3
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vestibular								Vestibular									
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
Vestibular								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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	16.	OP	Ren	\$S.		13/04	x
0220.	44	OM	Ren	\$S.		13/04	x
0220.	45.	OM	Ren	\$S.		24/04	x
0220	36	OV	Ren	\$S.		24/04	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, declaro expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada odontológicamente 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.

*Dra. Gómez Natalia N.*  
 Odontóloga  
 M.P. 2012

Firma y Sello Profesional