

Sistema: Unión Personal  
Asociado N°: 00186364051  
Plan: PMO

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: ALARCON  
Nombre: AYLEEN  
Parentesco: Hijo  
Fecha de Nacimiento: 18/01/99  
Domicilio: J. Perón 536  
Localidad: Rio Gede  
C. P.: 9420  
Teléfono: 15459010

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Gomez  
Nombre: Natalia  
M.N. / M. P.: 2012  
Domicilio Consultorio: Moyano 460  
Teléfono: 02964 - 15648812

Derecha								Izquierda							
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							
5								6							
8								7							
5								4							

**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
0301.	45	-	-	\$ 10		18/11	x
0901.	45	-	-	\$ 10		18/11	x
0901.	45.	-	-	\$ 10		18/11	x
0219	46	0	Res	\$ 10		18/11	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, dejo expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza trampa 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.

x

*[Firma]*  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

*[Firma]*  
Firma y Sello Profesional  
M.P. 2012