

Sistema:
Asociado N°: 100183219410023

Plan: Doreado

Apellido: Luna

Nombre: Bautista

Parentesco: Hijo

Domicilio: Pared Marul 1250

Localidad: Meriña

Teléfono: 15566588

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 498688990

Fecha de Nacimiento: 16/01/10

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Luna B.

Nombre: Alejandro

M.N. / M. P.: 0049

Domicilio Consultorio: Pared del Campo

Teléfono: 2081

Derecha								Izquierda									
Vestibular								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
5								6									
8								7									
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	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101						06/08/14	

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 este posible.

36.080253 (memo)
 Andrea Heredia
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional