

Cobertura: Acorns

Asociado Nº 517655008

Plan: Donato

Apellido: Franco

Nombre: Florencia

Parentesco: Pro y sus 16

Domicilio: Pro y sus 16

Localidad: 1481331 -

Teléfono: 1481331 -

DATOS DEL  
PACIENTE

Odontopraxis Americana s.a.

D.N.I. Nº                     

Provincia Ba C.P.                     

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:                     

Nombre:                     

M.N./M.P.                     

Domicilio Consultorio:                     

Provincia:                     

Localidad:                     

Teléfono:                     

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6

8 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5

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

REFERENCIAS:

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	Valor a cargo de Odontopraxis	Co-Seguro a cargo del paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101							
1001	15						2

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