

Sistema: VP

Asociado N°: 21990300

Plan: Acord. Dord. 003

Apellido: Molina

Nombre: Molina Wilde

Parentesco: Tercera de Colante

Fecha de Nacimiento: 28/06/63

Domicilio: Uru

Localidad: C. P.: 8400

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dra. Paula Giavedoni

M.N.: 27337 - M.P.O.D.: 97

(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



D.N.I. N°: 16368441

Derecha								Vestibular		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		
								Vestibular									
5															6		
								Vestibular									
8															7		
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5								

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

OPT07

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	26	OM	R	10	302	3/02/15	✓ Paul
0220	27	OM	R	10	302	3/02/15	✓ Paul

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 no cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual re-tratamiento, de ser esto posible

8 Paul 16368441

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Paula Maye del
Odontóloga
Especialista en Endodoncia
M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97

Firma y Sello Profesional

