

Sistema: UP

Asociado N°: 00258275037

Plan: 0001

Apellido: HUMACATA

Nombre: ELIDA BEATRIZ

Parentesco: HIJA

Fecha de Nacimiento: 03-08-94

Domicilio: P. NAVAL 566

Localidad: R. GOC

C. P.: 9420

Teléfono: 425108

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 37909255

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: CAMPERO

Nombre: LOURDES

M.N. / M. P.: 28479

Domicilio Consultorio: P. NAVAL 482

Teléfono: 23319

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
0220	45	on				11/11/14	

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 esto posible

.....
Firma del Paciente y N° D.N.I.


Dra. Campero Ma. de Lourdes
Odontóloga
M.N. 28479 MP OD - 1722
Firma y Sello Profesional