

Sistema: JP

Asociado N°: 68153605

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Plan: PMO

Apellido: Cardozo Hessana

D.N.I. N°: 44699110

Nombre: Yatiero Emmeral

Parentesco: 47m 380

Fecha de Nacimiento: 09/03/2003

Domicilio: 47m 380

Localidad: Wt

C. P.: 9610

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Soria barch

Nombre: botto

M.N. / M. P. 3063

Domicilio Consultorio: 12 de

alebe 1345

Teléfono: 45305

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

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
219	46	0	Con	\$ 15	\$ 282	06/11	
219	45	0	Con	\$ 15	\$ 282	06/11	
219	36	0	Con	\$ 15	\$ 282	14/11	

Observaciones

Por la Presente, autorizo al profesional 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

Ed. Clínica
MA 00-129
MAN 30713