

Cobertura: Union Personal
Asociado N°: 00244655045
Plan: PMO.

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: MACHUCA D.N.I. N°: 50446940
Nombre: LUCAS
Parentesco: Hijo Fecha de Nacimiento: 10/03/11
Domicilio: Sarmiento 2275.
Localidad: Rio Gde. Provincia: T. del F. C. P.: 9420
Teléfono: 15563045

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gomez
Nombre: Natalia
M.N. / M. P.: 2012
Domicilio Consultorio: Hernandez 1306.
Provincia: T. del F.
Localidad: Rio Gde.
Teléfono: 15648812

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
0401	-	-	-	\$ 10		15/06	<i>[Signature]</i>
0502	-	-	-	\$ 10		15/06	<i>[Signature]</i>

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, he 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 insumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible.

Dra. Gómez Natalia N.
Odontóloga

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

