

Sistema:

Asociado N°: 9168523-911

Plan: Dorado

Apellido: Aguirre

Nombre: Sol

Parentesco: Hijo

Domicilio: H. de Malinas 1152

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 46.334.205

Fecha de Nacimiento: 23-01-06

C. P.: 9400

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña B

Nombre: Alejandro

M.N. / M. P.: 249

Domicilio Consultorio: Paso del Campo 2081

Teléfono:

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
0219	65	0				13/08/14	X
0219	55	0				27/08/14	X
090101	64					27/08/14	X

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. En caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta los costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible.

Firma

Firma y Sello Profesional