

Sistema: UP
Asociado N°: 010217046016
Plan: PMO
Apellido: VELASQUEZ
Nombre: BERTA CRISTINA
Parentesco: ESPOSA -
Domicilio: J. VISIC 2091
Localidad: C. P.: 8420
Teléfono: 15569297

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 2391948281

Fecha de Nacimiento: 22-08-74

C. P.: 8420

Teléfono: 15569297

DATOS DEL PROFESIONAL

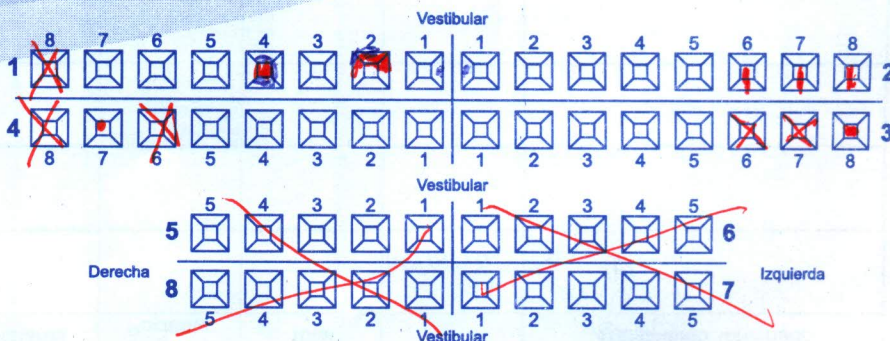
Apellido: CAMPELO

Nombre: LOURDES

M.N. / M. P. MP OD-1722

Domicilio Consultorio: P. HAVAI 482

Teléfono: 423319



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
0101						29/10/14	

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.

Dr. Campero Ma. de Lourdes
 Odontóloga
 C.R. 18419 MF: OD-1722

.....
 Firma y Sello Profesional