

Sistema: UP

Asociado N°: 68153600

Plan: MO

Apellido: Cardozo

Nombre: Cesar Tomas

Parentesco: U. 7m 380

Domicilio: WH

Localidad: WH

Teléfono: 4455

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 24338665

Fecha de Nacimiento: 04/1/43

C. P.: 5800

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: SWANZ

Nombre: Carlos

M.N. / M. P.: 3943

Domicilio Consultorio: 12 de

Teléfono: 4455

Vestibular															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1															2
4															3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Derecha								Izquierda							
5								6							
8								7							
5								5							
4								4							
3								3							
2								2							
1								1							
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
1.01	-	-	-	\$15	\$78	06/11	
216	31	DL	Comp	\$15	\$205	13/11	
216	32	ML	Comp	\$15	\$205	13/11	

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.

Firma y Sello Profesional

MP OD-139
M.N 30713