

Sistema: Accord Salud
Asociado N°: 0093846602 S.

Plan: Platino

Apellido: Giosso

Nombre: STELEN WIS.


Parentesco: Hijo

Domicilio: Taparelo 404

Localidad: Rio Gde

Teléfono: 15482926

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

D.N.I. N°: 43300039

Fecha de Nacimiento: 01/05/01

C. P.: 9420

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Gomez

Nombre: Natalia

M.N. / M. P.: 2012

Domicilio Consultorio: 1

Teléfono: 02964 - 15648812

Diagrama dental (odontograma) con cuadrantes y dientes numerados. Se indican tratamientos realizados (X) y a realizar (A).

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

Diagrama dental inferior:

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

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
0220	16	OP	Res	-		10/04.	x
0220	17	OP	Res	-		10/04.	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 en odontológicamente 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 reintegro de salud, si este es posible.

Dra. Gomez Natalia N.

Odontóloga

M.P. 2012

.....
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

.....
 Firma y Sello Profesional

