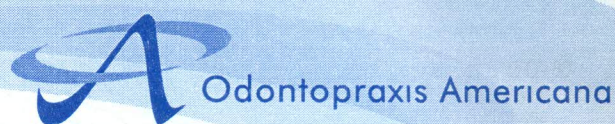


Sistema: ACCORD SAW  
Asociado N°: 10021351151008  
Plan: DORADO

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Apellido: NOAL D.N.I. N°: 20508682  
Nombre: MARIA MARGARITA  
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 14/01/68  
Domicilio: R. GAUCEROS 645  
Localidad: C. P.: 15522006  
Teléfono:

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Dra. Paula Giavedoni  
Nombre: Dra. Paula Giavedoni  
M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97  
M.N. / M. P. (02901) 425016  
Domicilio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A.  
Teléfono:

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Derecha								Izquierda							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
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
0101				15	93	28/03/15	<i>[Signature]</i>
6302	27			40	465	28/03/15	<i>[Signature]</i>
					558		

*[Signature]*  
 Dra. Paula Givvedoni  
 Odontóloga  
 Especialista en Endodoncia  
 M.N.: 27.387 - M.P. O.D.: 97

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 por esto posito

*[Signature]*  
 DNI 20508682

Firma del Paciente y N° D.N.I.

*[Signature]*  
 Dr. Fernando R. Schwab  
 Odontólogo - Implantes  
 Especialista en Prótesis  
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional