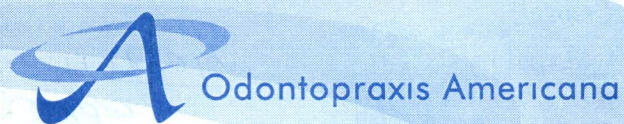


Sistema:
Asociado N°: UP- 0081045910038

**DATOS DEL
PACIENTE**



Plan: PRO
Apellido: ACEVEDO D.N.I. N°: 4119740121
Nombre: PAULO AGOSTIN
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 02/12/96
Domicilio: AKAMNIK 759
Localidad: C. P.:
Teléfono: 15410062

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: ACEVEDO
Nombre: PAULA
M.N. / M. P. 27337/97
Domicilio Consultorio: SILVESTIN 1884 10A
Teléfono: 425016

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5
Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	8	7	6	1	2	3	4	5	6	7	8
5	4	3	2	1	8	7	6	1	2	3	4	5	6	7	8
Derecha								Izquierda							
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	83	05/10/15	<u>Pablo Acevedo</u>
0302	17			40	465	05/10/15	<u>Pablo Acevedo</u>
					548		

Observación

Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo por parte del Dr. La naturaleza de los tratamientos, posibles lesiones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, de ser esto posible, he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente por un periodo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento o inacción, a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

Dr. Pablo Acevedo
Especialista en Endodoncia
M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97

GIACCONI
PAULO