

Sistema: ACCORD SAW

Asociado N°: 074089119991

Plan: PLATINO

Apellido: ARJONA

Nombre: VIRGINIA DARIUSOL

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 23/07/92

Domicilio: Cde. Cervero 310

Localidad: C. P.:

Teléfono: 15633090

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dra. Paula Clavedoni

M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97
(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A.

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 35110716511

TC

8	7	6	5	4	3	2	1	Vestibular	1	2	3	4	5	6	7	8
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
4	<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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
8	7	6	5	4	3	2	1	Vestibular	1	2	3	4	5	6	7	8
5	<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"/>	<input type="checkbox"/>	6
Derecha	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"/>	Izquierda
	5	4	3	2	1	Vestibular	1	2	3	4	5					

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					93	03/02/15	
0301	\$5				350	03/02/15	
					443		



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 dental indicada 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.

35.107.656
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dra. Paula Giavedoni
M.N. 27337 - M.P.O.D. 94
(02901) 425016
San Martín 1684 Piso 1 Opto. A
Firma y Sello Profesional