

Sistema: OP

Asociado N°: PP 3010009

Plan: Plan Inicial

Apellido: Jurado

Nombre: Teresa

Parentesco: Felipe Varela

Domicilio: Ushuaia

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 4433

DATOS DEL PACIENTE



D.N.I. N°:

Fecha de Nacimiento: 24/08/62

C. P.: 9400

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Guarez Gradi

Nombre: Costa

M.N. / M. P.: 3043

Domicilio Consultorio: P. de

Teléfono: 4433

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

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

OPT07

PARA USO PROFESIONAL

| Código de Prestación | Pieza dentaria | Obturación Ubicación | Obturación Material | Valor a Cargo del Paciente | Valor Total | Fecha | Conformidad Paciente Tratamiento Terminado |
|----------------------|----------------|----------------------|---------------------|----------------------------|-------------|-------|--|
| 1001 | 15 | | | \$ 10 | \$ 133 | 11/11 | OK |
| 219 | 14 | 0 | Can | \$ 10 | \$ 282 | 11/11 | OK |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Observaciones

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr. [Firma] 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.

Odontólogo SUAREZ J. GUSTAVO

M.P. OD - 139

M.N. 30.713

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional