

Sistema: ACCORD SALUD.

Asociado N°: 00250738016

Plan: BORADO 0003

Apellido: MORENO

Nombre: MARIA ANGELA.

Parentesco: ESPOSA

Fecha de Nacimiento: 12-08-75

Domicilio: VIKASOVIC 2704

Localidad: R. GAE.

C. P.: 9420

Teléfono: 2964 -

#### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: CAMPERO

Nombre: LOURDES

M.N. / M. P. MP 00-1722

Domicilio Consultorio: R. HAVA 482

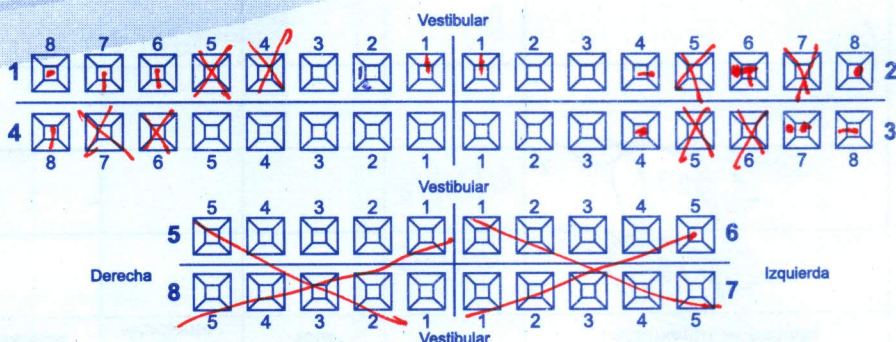
Teléfono: 423319

#### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 24177055011



#### REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar



Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior

Lápiz Verde  
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

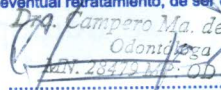
# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101						31/10/14	x 
0216	12	DP				31/10/14	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 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

Firma del Paciente y N° D.N.I.

  
Dra. Campero Ma. de Lourdes  
Odontóloga  
C.R. 28472 LP OD 1732  
Firma y Sello Profesional