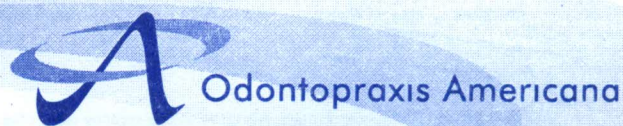


Sistema: UP  
Asociado N°: 010723365009  
Plan: PMO 0001

**DATOS DEL  
PACIENTE**

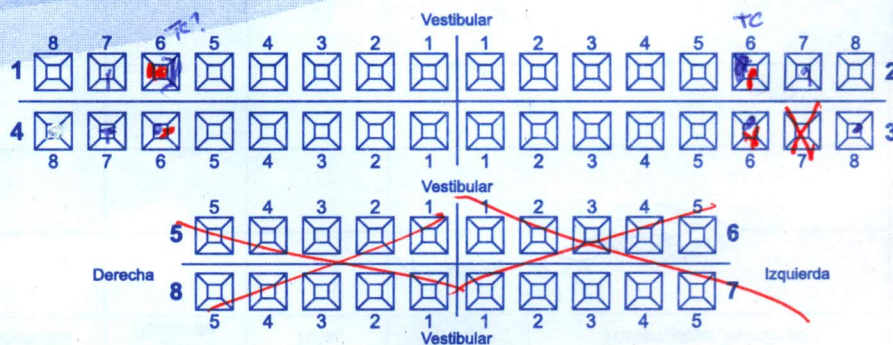


Odontopraxis Americana

Apellido: CEBALLOS D.N.I. N°: 32473440  
Nombre: ALAN WILFREDO  
Parentesco: TITULAR Fecha de Nacimiento: 20-12-86  
Domicilio: L.C. VICUÑA 583  
Localidad: R. GRE C. P.: 8420  
Teléfono: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: CAMPEÑO  
Nombre: LOURDES  
M.N. / M. P. MP 00-1722  
Domicilio Consultorio: P. NAVAL 482  
Teléfono: 423319



**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						21/10/14	

## 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  
C.N. 26419 - C.O. 1722  
Firma y Sello Profesional