

Sistema:

Asociado N°: 00927092003

Plan: Periodo

Apellido: Perez

Nombre: Juan Ramon

Parentesco: Sr.

Domicilio: Isla Soledad 1275126

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 75502814

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 26374606

Fecha de Nacimiento: 07/12/77

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña B

Nombre: Alejandro

M.N. / M. P.: 0249

Domicilio Consultorio: Poso del Campo 2081

Teléfono: 15467856

Derecha								Izquierda									
Vestibular								Vestibular									
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	3
Vestibular								Vestibular									
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
Vestibular								Vestibular									

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

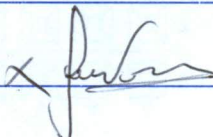
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

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						01/08/16	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

 26.374606
Firma del Paciente y N° D.N.I.


Firma y Sello Profesional