

Sistema: UP Accond S.

Asociado N°: 000221325000

Plan: 0002

Apellido: CORREA

Nombre: JOSE TENAGRO

Parentesco: TITULAR

Domicilio: L. Rosso 481

Localidad:

Teléfono: 15606655

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 16526619

Fecha de Nacimiento: 29-11-63

C. P.: 8420

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: CAMPERO

Nombre: LOURDES

M.N. / M. P. MP 05-1722

Domicilio Consultorio: P. Naval 482

Teléfono: 423319 -

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
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
0220	17	OP				21/10/14. X	<i>[Signature]</i>

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.

[Signature]
Dra. Campero Ma. de los Angeles
Odontóloga
M.N. 28479 M.T. OD 1722

.....
Firma del Paciente y N° D.N.I.

.....
Firma y Sello Profesional