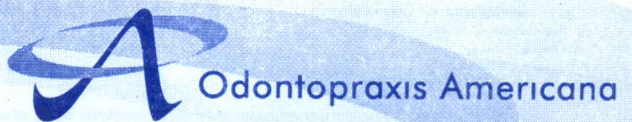


Sistema: UP
Asociado N°: 00249277019
Plan: 0002

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: MARTINEZ D.N.I. N°: 18324602
Nombre: VIVIANA
Parentesco: ESPOSA Fecha de Nacimiento: 01/07/67
Domicilio: R. Delich 1337
Localidad: 605 C. P.: 9420
Teléfono: 15477122

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: CAMPERO
Nombre: LOURDES
M.N. / M. P.: MP 0-1722
Domicilio Consultorio: P. Nava 1 482
Teléfono: 423319

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
0801						23/10/14	<input checked="" type="checkbox"/>

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.
.....
Firma y Sello Profesional