

Sistema:

sociado N°: 760128-091

Plan: Dorado

Apellido: Imbert

Nombre: Roberto

Parentesco: Tiempo

Domicilio: H. Ingoyen 2660

Localidad: Oshtuc

Teléfono: 15568278

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 181-4441071

Fecha de Nacimiento: 21-10-67

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Acuña B.

Nombre: Alexandra

M.N. / M. P.: 0949

Domicilio Consultorio: Paseo del Campo 2081

Teléfono: 15967896

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																	
Derecha								1	2	3	4	5	6	Izquierda			
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																	

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
0218	64	O				13/08/14	x
0218	45	V6				27/08/14	x
0215	43	V6				27/08/14	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.

Firma y Sello Profesional