

Sistema: Unión Personal.

Asociado N°: 0078199601

Plan: PMO.

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Joor Borne D.N.I. N°: 118861457

Nombre: Maria Elena

Parentesco: conyuge Fecha de Nacimiento: 25 70

Domicilio: 12 de Octubre C 42

Localidad: Ushuaia C. P.: 9910

Teléfono: 430656

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Suarez Granda

Nombre: Constante Javier

M.N. / M. P.: 30713-139

Domicilio Consultorio: 12 de Octubre 1343

Teléfono: 445313

Vestibular															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1															2
4															3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Vestibular															
Derecha								Izquierda							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
8											7				
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
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
219	28	0	C-1	\$15	\$287	27/11	Manuel Guevara

Observaciones .....

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr. Susana Cusani 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 cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de ser esto posible

Manuel Guevara  
18861457  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

M.P. OD-139  
 M.N. 30713