

Sistema: Accora SALUD

Asociado N°: 0012501938016

Plan: DONADO

Apellido: MORENO

Nombre: MARIA ANGEIA

Parentesco: ESPOSA

Domicilio: URAGOVICH 2704

Localidad: 15419763

Teléfono: 15419763

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 24770550

Fecha de Nacimiento: 12-08-75

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: CAMPERO

Nombre: LOURDES

M.N. / M. P. 28479

Domicilio Consultorio: P. MAVAL 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
5								6									
8								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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0501						12/11/14	

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

Dra. Campora Ma. de Lourdes
Odontóloga
MN. 28479 MF. OD. 122

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional