

Cobertura: PRO

Asociado N°: 100180459010112

Plan: UP

DATOS DEL
PACIENTE



Odontopraxis Americana

Apellido: ALCARAZ

D.N.I. N°: 118518746

Nombre: NICOLAZA

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 17/07/67

Domicilio: AKANIK 759

Localidad:

Provincia:

C. P.:

Teléfono: 15410062

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre:

M.N. / M. P. Dra. Paula Giavedoni

Domicilio Consultorio: M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97

(02901) 425016

Provincia: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

Diagrama dental (odontograma) con 16 cuadros numerados 1 a 16, distribuidos en 4 filas y 4 columnas. Los cuadros están numerados de la siguiente manera:

| 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 |

Diagrama dental (odontograma) con 16 cuadros numerados 1 a 16, distribuidos en 4 filas y 4 columnas. Los cuadros están numerados de la siguiente manera:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | | | | | | | | | 6 |
| 8 | | | | | | | | | | 7 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

Diagrama dental (odontograma) con 16 cuadros numerados 1 a 16, distribuidos en 4 filas y 4 columnas. Los cuadros están numerados de la siguiente manera:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | | | | | | | | | 6 |
| 8 | | | | | | | | | | 7 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

[illegible]

profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo
alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he
do acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente (veredicto) en un plazo
y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi negligencia, omisión e inacción,
cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento que sea necesario.

N.º 27/337 - M.P. O.D.: 97

na del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional