

Sistema: dcary

Asociado N°: 537110991

Plan: dcary

Apellido: Piñero de arroyo

Nombre: Arturo

Parentesco:

Domicilio: 1 casa no 31

Localidad:

Teléfono:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 21615481

Fecha de Nacimiento:

C. P.: 540

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: señal

Nombre: Armando

M.N. / M. P. Armando

Domicilio Consultorio: Señal 164

Teléfono: 970010

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									
5								5									

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

OPT07

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0104107					118	30/10	
0246	21	EMR			PR3	30/10	
0266	11	EMR			PR3	30/10	

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 incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de esta pieza.

M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

26185388

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional