

Sistema:

Asociado N°:

00944104007

Plan:

Plotino

Apellido:

Monsieur Teodon

Nombre:

Sebastian

Parentesco:

Tetulo

Fecha de Nacimiento:

D.N.I. N°: 28249594

12/01/82

Domicilio:

Schneider Doli 1824 CA

Localidad:

Ushuaia

C. P.:

9410

Teléfono:

15476656

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Acuña B.

Nombre:

Alejo

M.N. / M. P.

0949

Domicilio Consultorio:

Paseo del Campo 2081

Teléfono:

15467696

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1
4	3	2	1	8	7	6	5	5	4	3	2	1	8	7	6
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							

REFERENCIAS:

Lápiz Azul

Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo

Tratamiento anterior

Lápiz Verde


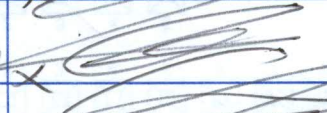
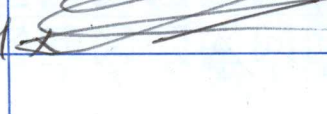
Selladores

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
0101						06/08/14	
0216	11	MVP				20/08/14	
0216	21	MVP				20/08/14	

Observaciones


.....

.....

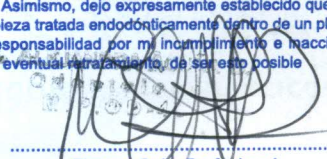
.....

.....

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.

 29249504

Firma del Paciente y N° D.N.I.



Firma y Sello Profesional