

Asociado N°

Plan:

Apellido:

Nombre:

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Localidad:

Provincia.

C.P.

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre:

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

M.N./M.P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

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	Valor a cargo de Odontopraxis	Co-Seguro a cargo del paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				/	78	3/2/15	
0501				/	115	3/2/15	
				/			
					193		

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, en su caso.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional