

Sistema: Accord Salud

Asociado N°: 00992010005

Plan: Dorado

Apellido: CARCAR

Nombre: LILIANA

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 30/06/64

Domicilio: O'higgins 344

Localidad: Rio Gde

C. P.: 9420

Teléfono: 15649529

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: GOMEZ


Nombre: NATALIA

M.N. / M. P. 2017

Domicilio Consultorio: Hernandez 1306

Teléfono: 02964-15648812

DATOS DEL PACIENTE

 Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 18653470

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
Vestibular																	
Derecha								Izquierda									
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6							
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
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	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	26	OD	Res	\$ 10		04/06	x
0220	46.	OD	Res	\$ 10		04/06	x

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, he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza traída en odontológico 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 tratamiento de ser esto posible.

[Firma]
 Odontóloga
 M.P. 2012
 Firma y Sello Profesional

Firma del Paciente y N° D.N.I.