



**Od. José R. Fernández R.**  
**Odontología General e Infantil**

Fecha :2023-12-06

Prótesis Fijas, Totales y Removibles,  
Tratamientos de Conductos, Cirugías,  
Restauraciones Estéticas y Rx.

HISTORIA CLINICA :

Cedula : **31112639**

Nombres y Apellidos :**Rances La Rosa**

Dirección: **monte y culebra**

Telefono :**04121925574**

MOTIVO DE CONSULTA: **no**

**ESTADO DE SALUD GENERAL.**

Hipertenso : No      Controlado :

Trastornos de Coagulación : No

Diabetes : No      Controlado :

**Alergias y Hábitos**

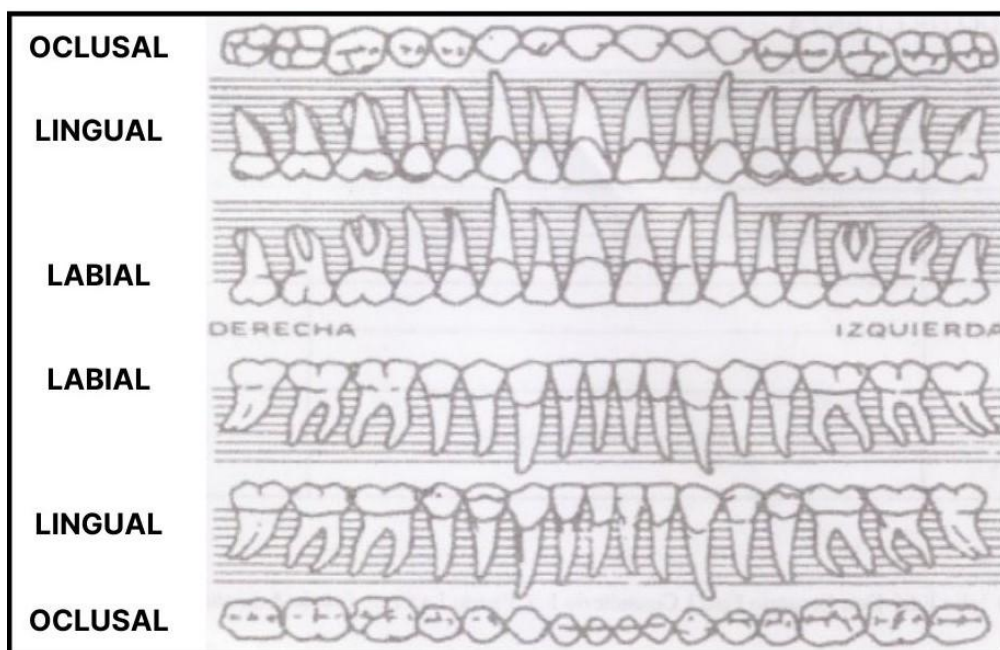
ninguna

**Otros :**

ninguna

**Diagnostico**

None



### **Plan de Tratamiento y Costo**

Tratamiento 1	
precio 1	
Tratamiento 2	
precio 2	
Tratamiento 3	
precio 3	
Tratamiento 4	
precio 4	

**TOTAL**

**Bs :  
20**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

**CURSO DE TRATAMIENTO**

<b>Numero</b>	<b>Fecha</b>	<b>Tratamiento Realizado</b>
1	2023-12-04	Tartectomía y pulido simple (1 sesión)
2	2023-12-04	Obturaciones provisionales
3	2023-12-04	Tartectomía y pulido simple (1 sesión)
4	2023-12-04	Blanqueamiento intrapulpar
5	2023-12-04	None
6	2023-12-04	None