



CIRCULO ODONTOLOGICO DE MISIONES ZONA SUR

REGISTRO DE PRESTACIONES
AYACUCHO 1446
Tel.: (0376) 4440777
3300 Posadas Misiones
secretaria@comzs.com.ar

ODONTOLOGO:

Sosa Verónica

Mat. Profesional

Nº **1048** Mes **Junio** 20**21**

OSDE

OBRA SOCIAL

PLAN

Paciente: **Juan Pérez** DNI: **30.303.030**

Nº CARNET: **1 3 2 4 7 5 8 6 9 0 2** Fecha de nac.: **10 05 83**

Domicilio: **Av. Centro 123** Teléfono: **3764515151**

Localidad: **Posadas** Lugar de Trabajo: **Particular**

Titular **Si** Grupo Familiar: Parentesco:

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55 54 53 52 51 | | | | 61 62 63 64 65 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Derecha | | | | Izquierda | | | | | | | | | | | |
| 85 84 83 82 81 | | | | 71 72 73 74 75 | | | | | | | | | | | |

| Diente Nº | Cara | CODIGO | Diente Nº | Cara | CODIGO | RESUMEN | |
|-----------|----------|-------------|-----------|------|--------|---------|--------|
| | | | | | | Cant. | CODIGO |
| 25 | O | 0222 | | | | | |
| 36 | V | 0222 | | | | | |
| 14 | O | 0222 | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

- Por la presente autorizo al Dr. y/o Asociado o ayudantes de su elección a realizar el siguiente tratamiento
- He conversado con el profesional sobre la naturaleza y propósitos del tratamiento, sobre la posibilidad de complicaciones, los y posibles métodos alternativos del tratamiento.
- Autorizo al Dr. a proveer los servicios o tratamientos adicionales que considere razonable incluyendo aunque no limitados a ellos, la administración de anestesia local, prácticas radiológicas y otros métodos de diagnóstico.

FIRMA **Firma** ACLARACION **Juan Pérez**

Si el paciente es menor de edad, discapacitado o inconsciente, una persona mayor debe firmar por él. Debe declarar la relación firmante con el paciente y nombre.

Observaciones:

IMPORTANTE

X

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

MEDICO DE CABECERA Tel:

¿Está asociado a servicio de urgencia? SI - NO Tel:

¿Debió ser hospitalizado en los 2 últimos años? SI - NO

¿Por qué?

¿Está bajo tratamiento médico? SI - NO

¿Cuál?

¿Tuvo alguna vez reacciones alérgicas a algún medicamento, como aspirinas, penicilinas, sulfas, anestecias, etc.? SI - NO

¿Cuál?

Cuando se lastima o extrae algún diente, ¿le sangra excesivamente y necesita atención para detener el sangrado? SI - NO

MARQUE CULQUIERA DE LAS AFECCIONES QUE HAYA TENIDO CON UNA (X)

- | | | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Problemas renales |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sida | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Alteraciones nerviosas |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea baja | <input type="checkbox"/> Úlcera de estómago | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades venereas | | | | |

¿Toma algún medicamento (incluyendo los que se compran con receta)? SI - NO

¿Cuáles?

¿Se cansa de caminar subir escaleras? SI - NO

¿Fuma? SI - NO ¿Cuántos?

¿Bebe? SI - NO

RESERVADO OBRA SOCIAL