

Sistema:

Asociado N°: 2400052010

Plan:

Apellido: Gaillard

Nombre: Roco Mailen

Parentesco:

Domicilio: Los Zorzales 1539

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 47500975

Fecha de Nacimiento: 23-02-2007

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio:

San Martin 1094

Teléfono:

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								5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	Izquierda								
								8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6								
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
07.01				-	9300	29-09-14	+ [Signature]
					9300		

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 re-tratamiento de ser este posible.

[Signature] 94308539

Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature]

Odontólogo Implantar

Especialista en Prótesis

M.N.: 27089 - M.P.O.D.: 99

Firma y Sello Profesional