

Sistema: OP

Asociado N°: 556001919

Plan: pagados

Apellido: Alfaro

Nombre: Osma Osma

Parentesco:

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de Nacimiento: 5-12-85

Domicilio: 24500 42 10

Localidad: C. P. :

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Alfaro

Nombre: Osma

M.N. / M. P. 27008

Domicilio Consultorio: San Luis 1645

Teléfono: 441016

Derecha								Izquierda							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1															2
4															3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Derecha								Izquierda							
5								6							
8								7							
5								5							

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
0101				10	78	2010	<i>[Signature]</i>
020201	36	OU	P.	20	205	2010	<i>[Signature]</i>

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, de ser esto posible

[Signature] 27016653

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

M.N.: 27.009 / M.P.: 0.000

Firma y Sello Profesional