

Sistema: Aerod Dono 05

Asociado N°: 0241008512902

Plan: 20 003

Apellido: Guillard

Nombre: Juan Gabriel

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 05/11/81

Domicilio:

Localidad: Orin C. P.: 9410

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwob

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 001 n° 99

Domicilio Consultorio: San Martín

1684 2to 1° A

Teléfono: 425016

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 29113051911

Vestibular															
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
Vestibular															
Derecha								Izquierda							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
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
02 20	26	on	R	15	\$26500	7/10/14	

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


Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Simón P. ...
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 00

Firma y Sello Profesional