

Sistema:

Asociado N°: 87242R10281

Plan:

Apellido: Gomez Arnez

Nombre: Zamora

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 05-08-2009

Domicilio: 1 de Mayo 240

Localidad: Usnuaire

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

M.N. 27.009 - M.P. O.D.: 99

(02901) 425016


Nombre: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE

 Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 41965035311

Derecha								Izquierda							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	7	6

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
05.05	36	0		5 ⁰⁰	70 ⁰⁰	23-02-15 x	<i>[Firma]</i>
05.05	46.	0		5 ⁰⁰	70 ⁰⁰	23-02-15 x	<i>[Firma]</i>
					140 ⁰⁰		

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 este posible

[Firma]

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

[Firma]

Firma y Sello Profesional

