

Sistema:

Asociado N°: 9127347001

Plan:

Apellido: Delgado

Nombre: Angel

Parentesco:

Domicilio: San Martin 937

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL
PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 32943147

Fecha de Nacimiento: 20-02-88

C. P. :

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio:

San Martin 1684

Teléfono:

Derecha								Izquierda									
Vestibular								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
5								6									
8								7									
Vestibular								Vestibular									

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar


Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

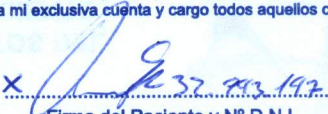
Cantidad de Dientes existentes

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
01.01.				500	8300	01-10-19	
					8300		

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

X 
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
Firma y Sello Profesional