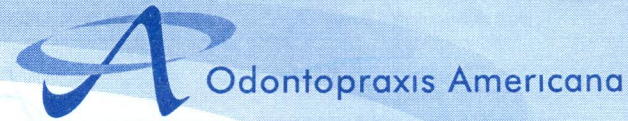


Sistema: Academy
Asociado N°: R22662008
Plan: Senior
Apellido: Csu
Nombre: Andres

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 30546854

Parentesco: Fecha de Nacimiento:
Domicilio: Yover 1456
Localidad: U.N. C. P.: 840
Teléfono: 15987652

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
(02901) 425016
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A
M.N. / M. P.
Domicilio Consultorio:
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															
				5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6									
				8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	7							
								Vestibular															

Derecha Izquierda

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
010462				10	120	24/1	
					120		

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 tratamiento, de ser así posible.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. ...
 Odontólogo Implantar
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.099 - M.P.O.D.: 99
 Firma y Sello Profesional

