

Sistema: .....

Asociado N°: 773278029

Plan: .....

Apellido: Olguin

Nombre: Gerardo

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 16-06-2010

Domicilio: Rio Gallega 592

Localidad: Ushuaia C. P.: .....

Teléfono: .....

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Dr. Fernando R. Schwab

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

Nombre: .....

(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P. ....

Domicilio Consultorio: .....

Teléfono: .....

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 501127551111

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
Vestibular								Vestibular									
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	5	4	3	2
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	5	4	3	2
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
02.19	54	O	R	500	302	15-12-14	
02.19	64	O	R	500	302	15-12-14	
				604			

## 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, he expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endo-periamente dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi inactividad e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, si es este posible.

M.N. 27.000 - M.P.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional