

Cobertura: .....

Asociado N°: 814548933

Plan: Sumo

Apellido: Elizur Oscar

Nombre: Edesmo Oscar

Parentesco: 1do esposo

Fecha de Nacimiento: 28-9-99

Domicilio: 150 e Rinc


Localidad: ULA

Provincia: 822

C. P.: 542

Teléfono: .....

### DATOS DEL PACIENTE

 Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 81759070

### 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: .....

Provincia: .....

Localidad: .....

Teléfono: .....

### REFERENCIAS:

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

 Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

Derecha								Izquierda							
Vestibular								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								Vestibular							
5															6
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Vestibular								Vestibular							

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	36	OU	P	10	343	17/6/15	✓ Ansel
0270	46	OU	R	60	347	15/6/15	✓ Ansel
0101					84	14/6/15	✓ Ansel
					781		

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, de haber sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodóntica dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por no haber inyectado, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual re-tratamiento.

*Ansel*

Firma del Paciente y N° D.N.I.

*Protesis R. Schwab*  
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional