

Sistema:

Asociado N°: 8913920241

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Plan:

Apellido: Rodriguez Re Horc.

D.N.I. N°: 511105814311

Nombre: Lola.

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 14-07-2011

Domicilio: Chubut. 1808. A. Alto.

Localidad: Ushuaia

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27.009. M.P. Q.D. 99

(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

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
Vestibular								Vestibular									
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
Vestibular								Vestibular									

REFERENCIAS:

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
07.01				-	105 ⁰⁰	13-02-15	<i>[Signature]</i>
08.01.01	51-61			5 ⁰⁰	50 ⁰⁰	13-02-15	<i>[Signature]</i>
					155 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 esto posible

[Signature] 22420524

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo Matriculado

Especialista en Prótesis

M.N.: 27.000 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional