

Sistema:

Asociado N°: 253553032

Plan:

Apellido: Espindole

Nombre: Pamela

Parentesco:

Domicilio: Carlos Gardel

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 28468974

Fecha de Nacimiento: 25-11-198

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

M.N.: 27009 M.P. O.D.: 99

(02901) 425016

Apellido: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

M.P. O.D.: 99

(02901) 425016

Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P. Dr. Fernando R. Schwab

Domicilio Consultorio: M.P. O.D.: 99

Piso 1

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Teléfono:

Vestibular

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	5	4	3
Vestibular															

Derecha Izquierda

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores


☐
Coronas

Cantidad de Dientes existentes

Identaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
10.01	14			148 ⁰⁰	5-03-15	X
9.0.0.1	14		15 ⁰⁰	500 ⁰⁰	5-03-15	X
				198 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 en 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  28468974
Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional