

Sistema:

Asociado N°: 93147702

Plan:

Apellido: Patel

Nombre: Gisel

Parentesco:

Domicilio: 02 2 Banderas

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 44327258

Fecha de Nacimiento: 03-07-2002

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 98

Domicilio Consultorio:

San Martin 1604

Teléfono:

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

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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.19	36-	O	R	500	27000	09-09	
02.19	37	O	R	500	27000	09-09	
					54000		

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 re-tratamiento de ser así posible

 29499374

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.036 M.P.O.D.: 99
 Firma y Sello Profesional

Sistema:

Asociado N°: 83147702

Plan:

Apellido: Porta

Nombre: Gisele

Parentesco:

Domicilio: Po 2 Banderas

Localidad: Ushuaie

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 44324258

Fecha de Nacimiento: 03-07-2002

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 98

Domicilio Consultorio:

San Martin 1684

Teléfono:

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

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
05.05	46			500	600	09-09	+
02.19	45	0	R	500	2700	09-09	x
					3300		

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.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando X. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.600 M.P.O.D.: 99
Firma y Sello Profesional