

Sistema:

Asociado N°: 2139113008

Plan:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

Apellido: Moral D.N.I. N°: 20508682

Nombre: Maria Margarita

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 14-01-69

Domicilio: Rio Gallegos 645.

Localidad: Ushuaia C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 98

Domicilio Consultorio: San Martin 1689

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					
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
01.01.				500	8300	6-10-14	<i>[Signature]</i>
					8300		

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 tratamiento de salvamento.

[Signature]
Firma del Paciente y N° D.N.I.
DNI 20508682

Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
Firma y Sello Profesional

Sistema:

Asociado N°: 21381509

Plan:

Apellido: Moral

Nombre: Margarita

Parentesco:

Domicilio: Rio Gallegos 645

Localidad: Canaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 20508682

Fecha de Nacimiento: 14-01-69

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	4	3	2	1	1	2	3	4	5
8																						
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	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
05.01				500	11000	14-10-14	<i>[Firma]</i>
					11000		

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 esto posible

[Firma]
Firma del Paciente y N° D.N.I.
DNI 20508682

Dr. Fernando Resnab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional