

Sistema: .....

Asociado N°: 16105700118

Plan: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Olazola

D.N.I. N°: 669119219

Nombre: Julieta

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 24-09-2005

Domicilio: Benier 259 25 mayo 305

Localidad: Ushuaia

C. P.: .....

Teléfono: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 92

Domicilio Consultorio: San Martin 1684

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:**

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	16			5 <sup>00</sup>	55 <sup>00</sup>	18-09	X
05.05	26			5 <sup>00</sup>	55 <sup>00</sup>	18-09	X
05.05	36			5 <sup>00</sup>	55 <sup>00</sup>	18-09	X
05.05	46			5 <sup>00</sup>	55 <sup>00</sup>	18-09	X
				220 <sup>00</sup>			

## 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 Schwab

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

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

Firma y Sello Profesional