

Sistema: ..... UP .....

Asociado N°: 1007218101615190

Plan: ..... NO INSCRITO .....

Apellido: ..... SARACCO .....

Nombre: ..... GOZALDO NICOLAS .....

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: ..... 10/05/88 .....

Domicilio: ..... C. de los PASTORES 330 .....

Localidad: ..... C. P. : .....

Teléfono: ..... 15585206 .....

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: ..... SCHWAB .....

Nombre: ..... FERNANDO .....

M.N. / M. P. ..... 27.009/99 .....

Domicilio Consultorio: .....

..... S. MARTIN 1684 .....

Teléfono: ..... 425016 .....

### DATOS DEL PACIENTE



**Odontopraxis Americana**  
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 321216158171611

| 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 |   |   |   |   |   |   |   |           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Derecha    |   |   |   |   |   |   |   | Izquierda |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5          |   |   |   |   |   |   |   | 6         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 8          |   |   |   |   |   |   |   | 7         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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  |
|----------------------|----------------|----------------------|---------------------|----------------------------|-------------|----------|---|
| 0219                 | 16             | 0                    | R                   | 15                         | 284         | 26/09/14 |  |
|                      |                |                      |                     |                            |             |          |   |
|                      |                |                      |                     |                            |             |          |   |
|                      |                |                      |                     |                            |             |          |   |
|                      |                |                      |                     |                            |             |          |   |
|                      |                |                      |                     |                            | 284         |          |   |

Observaciones .....

.....

.....

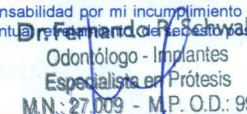
.....

.....

.....

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 reemplazo de la pieza tratada.

  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

  
Dr. Fernando R. Szwarc  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27009 - M.P. O.D.: 99  
Firma y Sello Profesional