


Sistema: Plotter  
Asociado N°: 00860646918  
Plan: 20-202

# DATOS DEL PACIENTE

 **Odontopraxis Americana**  
OPAM S.A.

Apellido: Vesp D.N.I. N°: 29408581  
Nombre: Martin  
Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: .....  
Domicilio: Aristobulo del Valle n°547  
Localidad: USA C.P.: 9410  
Teléfono: 15548991

## DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....  
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
(02901) 425016  
M.N. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  
Domicilio Consultorio: .....  
Teléfono: .....

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101					\$93	22/1/15	x
0901	26				\$50	22/1/15	x
0501					\$120	22/1/15	x

## 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.

Odonólogo - Implant  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.010 - M.P.: 00-99  
Firma y Sello Profesional