

Sistema: Alcora Dental  
Asociado N°: 0017812272005  
Plan: 20-003

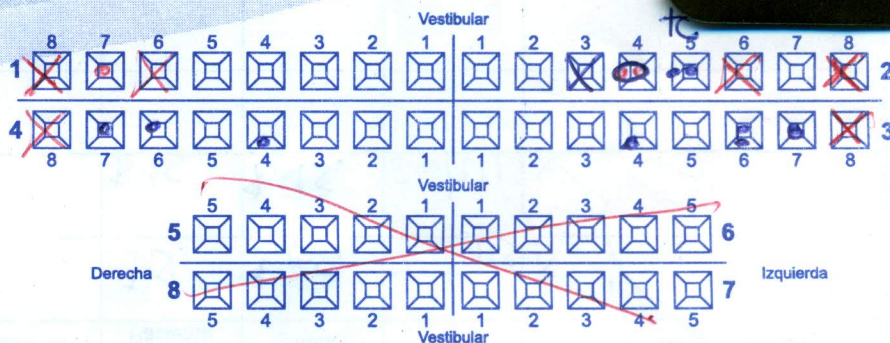
**DATOS DEL  
PACIENTE**

 Odontopraxis Americana

Apellido: Tabares D.N.I. N°: 2996508211  
Nombre: Miguel Angel  
Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 26/12/82  
Domicilio: Calagute n° 1837  
Localidad: Ushuaia C. P.: 01410  
Teléfono: 434233

**DATOS DEL PROFESIONAL**

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



**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
0104	25			\$15.	\$88	26/2/13	X
090101	25			\$15	\$45.	26/2/13	X

Observaciones *Inferior*  
*de la pieza 25.*

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.

X: *[Firma]*  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

*[Firma]*  
 Odonólogo - Implantes  
 Especialista en Prótesis  
 M.N. 27.009 - M.P. O.D. 99  
 Firma y Sello Profesional