

Sistema: .....

Asociado N°: 010564511014

Plan: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Martínez Sánchez

D.N.I. N°: 40848964

Nombre: Exequiel

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 25.11.2000

Domicilio: Perito Moreno 2253

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

Teléfono: .....

**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: .....

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
5								6									
8								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
07.01				-	105 <sup>00</sup>	05-03-15x	
					105 <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 re-tratamiento, de ser posible.

 28122142

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo - Implantólogo  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27109

Firma y Sello Profesional

