

Sistema:

Asociado N°: 7836019015

Plan:

Apellido: Dominguez

Nombre: Joel

Parentesco: ...

Domicilio: Cam 18 62

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 47588935

Fecha de Nacimiento: 09-02-2004

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio: San Juan 1684

Teléfono:

								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																			
								5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6									
								8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7								
								Derecha								Izquierda											
								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
02.15	53	D	R	5 ⁰⁰	193 ⁰⁰		X  DNI: 25428174
					193 ⁰⁰		

Observaciones

.....

.....

.....

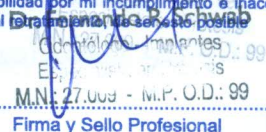
.....

.....

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 emergencia que sea necesario.

X 

Firma del Paciente y N° D.N.I.


 Dr. Fernando R. Schwab
 Odontólogo, Inmunes
 E.O. 1998 - M.P. O.D.: 99
 M.N.E. 27.009 - M.P. O.D.: 99
 Firma y Sello Profesional