

Sistema: Acordado Donado

Asociado N°: 00724459025

Plan:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Puebla

D.N.I. N°: 39532501

Nombre: Mayra Maria Ilacorena

Parentesco: Hija

Fecha de Nacimiento: 03/03/96

Domicilio: Anteexo 16 casa 19.

Localidad: Ushuaia

C. P.: 9410

Teléfono: 467/ 15486892

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 27009 - 99

Domicilio Consultorio: San Ilanhn

27009 - 99

Teléfono: 425016

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									

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	26	0		\$ 10	270	15/10	<i>Wayne Rebla</i>
0219	27	0		\$ 10	270	15/10	<i>Wayne Rebla</i>
0219	36	0		\$ 10	270	22/10	<i>Wayne Rebla</i>

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 en la acción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual re-tratamiento, de ser esto posible.

Wayne Rebla
 39532501
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Wayne Rebla
 Odontólogo - Implantología
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
 Firma y Sello Profesional