

Sistema:

Asociado N°: 927347091

Plan:

Apellido: Delgado

Nombre: Angel

Parentesco:

Domicilio: San Martin 937

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 32943147

Fecha de Nacimiento: 20. 02 - 88.

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 27.008-98

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

								Vestibular															
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2						
4																	3						
								Vestibular															
								5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
								8										7					
								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
02-12	18.	O	R	5 ⁰⁰	302	25-12-14	x
					302		

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 odontológicamente dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por el incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro de lo posible.

Especialista en Prótesis
M.P. 27.000 - M.P. O.D.: 99

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional