

Cobertura: Accord. Salud.

Asociado N° 00598627009

Plan: Dorado 2/0003

Apellido: Zuk

DATOS DEL  
PACIENTE

Odontopraxis Americana s.a.

D.N.I. N° 21862178

Nombre: Juan Carlos

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 22/06/72

Domicilio: Remedios de Escobedo 1348

Localidad: ..... Provincia: ..... C.P.: .....

Teléfono: 19524352

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwarz

Nombre: Fernando

M.N./M.P. 27009

Domicilio Consultorio: San Martín 1684

Provincia: TDF.

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 423016

| Derecha                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                     | Izquierda                |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8                        | 7                        | 6                        | 5                        | 4                        | 3                        | 2                        | 1                                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5                        | 4                        | 3                        | 2                        | 1                        | 1                        | 2                        | 3                                   | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 8                        | 7                        | 6                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8                        | 5                        | 4                        | 3                        | 2                        | 1                        | 1                        | 2                                   | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 7                        | 6                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

REFERENCIAS:

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 | Valor a cargo de Odontopraxis | Co-Seguro a cargo del paciente | Valor Total | Fecha | Conformidad Paciente Tratamiento Terminado |
|----------------------|----------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------|-------|--|
| 0209                 | 11             | IVM                  | \$10                          | 2                              | R/11/14     | X     |  |
|                      |                |                      |                               |                                |             |       |  |
|                      |                |                      |                               |                                |             |       |  |
|                      |                |                      |                               |                                |             |       |  |
|                      |                |                      |                               |                                |             |       |  |
|                      |                |                      |                               |                                |             |       |  |
|                      |                |                      |                               |                                |             |       |  |
|                      |                |                      |                               |                                |             |       |  |

**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 perdida con un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible.

Dr. Fernando H. Schwab  
 O.D.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
 Especialista en Prótesis

X .....  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

.....  
 Firma y Sello Profesional