

Sistema: ACERO SMD

Asociado N°: 009180080002

Plan: PLATINO

Apellido: BARRERA

Nombre: SANTIAGO

Parentesco:

Domicilio: HOL HOL 1881

Localidad:

Teléfono: 15542378

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 33662333

Fecha de Nacimiento: 27/01/88

C. P. :

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: SCHWAB

Nombre: FERNANDO

M.N. / M. P. : 27.009/99

Domicilio Consultorio:

S. MARTIN 1684

Teléfono: 425016

								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

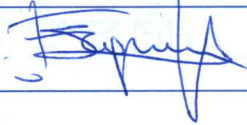
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

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
0220	27	OD	R	-	270	28/10	
					270		

Observaciones

.....

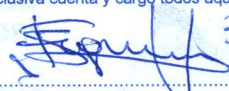
.....

.....

.....

.....

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, de lo 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 retratamiento de la pieza posible

 33662333

M.N.: 27.009 - M.P.C.D.: 99

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional