

Sistema:

Asociado N°: 77321802R

Plan:

Apellido: Olguin Botez

Nombre: Gerardo

Parentesco:

Domicilio: Rio Golpeos 592

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL
PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 50127551

Fecha de Nacimiento: 16-06-2010

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

N.º: 27.009 - M.P. O.D.: 99

(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

.....

Teléfono:

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1															2
4															3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
Vestibular								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
02.18	55	O	R	500	3200	25-11-14	x [Signature]
02.18	63	V.P	R	500	2200	25-11-14	x [Signature]
					5400		

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 ser esto posible

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odonis R. Schwab
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 / M.P.: 01-10-10
Firma y Sello Profesional