


Sistema:

Asociado N°: 240008520110

**DATOS DEL
PACIENTE**

 Odontopraxis Americana

Plan:

Apellido: Gaillard. Prieto.

D.N.I. N°: 47588875

Nombre: Paco. Maier.

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 23 - 02 - 2007

Domicilio: Zaragoza 1530.

Localidad: Ushuaia.

C. P. :

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schweb

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio:

San Martín 1684.

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															6
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
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
0219	85			500	2700	30-10-18	
					2700		

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 retratamiento, de ser este posible.

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

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

Sistema:

Asociado N°: 2410081520110

Plan:

Apellido: Gallard. Prieto

Nombre: Rocio.

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

23-02-2007

Domicilio: 703ales 1538

Localidad: Ushuaia

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schneeb

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio:

San Martín 1604

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 4758879

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	7	6	5
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
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
02.19.	75.	0		500	2700	27-10-2014	
50130/10 1236					2700		

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 retratamiento, de ser este posible

.....
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 M.N. 27199 - M.P. O.D. 99

 Firma y Sello Profesional