

Sistema: .....

Asociado N°: 241829102

Plan: .....

Apellido: Capane

Nombre: Ignacio

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 16-11-2007

Domicilio: Tira 15 A. Piso 3 Dpto C/SN.

Localidad: Ushuaia

C. P.: .....

Teléfono: .....



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 48471269

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27009 - M.P.O.D.: 99

Nombre: (02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P. ....

Domicilio Consultorio: .....

Teléfono: .....

Derecha								Izquierda									
Vestibular								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
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	7	6	5	4
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	7	6	5	4

### 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	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Teórico
10.01	61.			5 <sup>00</sup>	148 <sup>00</sup>	21-11-14	x
02.1R	46	O.	R	5 <sup>00</sup>	302 <sup>00</sup>	21-11-14	x
				450 <sup>00</sup>			

## Observaciones .....


Rx Pas cirugía. -

.....

.....

.....

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 esto posible

x  21373946

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo Implantas  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 21.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional