


Sistema: Odontop
Asociado N°: 21850300
Plan: Formas
Apellido: noche
Nombre: 14522

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopaxis Americana**

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 25-3-63
Domicilio: Chessa Colorado 1360
Localidad: 144 C. P.: 8400
Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:
Nombre: Dt. Fernando R. Schwab
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
(02901) 425016
M.N. / M. P. Martín 1684 Piso 1 Dpto. A
Domicilio Consultorio:
Teléfono:

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

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

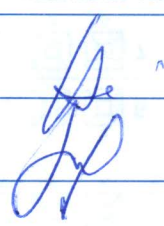
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

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
0101				10	53	8/14	
0219	16	OU	D	12	792	8/14	
					390		

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 incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro de saneamiento de la pieza.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Especialista en Prótesis
 M.N. 27.003 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional