

Sistema: OP

Asociado N°: 11652570019

Plan: Quir

Apellido: Pereira

Nombre: Pereira

Parentesco: Interpretador 963

Domicilio: Interpretador 963

Localidad: 15616071

Teléfono: 15616071

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 1744471931

Fecha de Nacimiento: 17-6-61

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Selva

Nombre: Selva

M.N. / M. P. 2001

Domicilio Consultorio: San Pedro 1607

Teléfono: 215010

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
4	3	2	1	8	7	6	5	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	8	7	6	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Derecha								Izquierda							
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
0191				20	28	5/11	<i>[Signature]</i>
0766	11	en	17	183	183	5/11	<i>[Signature]</i>
0710	21	en	17	183	183	5/11	<i>[Signature]</i>

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, deo 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 inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible.

[Signature]

 Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature]
 Dr. Fernando C. Schwab
 Especialista en Prótesis
 N° : 27.009 - M.P. O.D.: 99

 Firma y Sello Profesional

