

Cobertura: VP-1ccord

Asociado N°: SR1145038

Plan: 0002-Classic

Apellido: Suarez

Nombre: Camila

Parentesco: .....

Domicilio: 300 viviendas line 23. Dpto 7.

Localidad: Ushuaia

Teléfono: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 43795824

Fecha de Nacimiento: 26-02-2002

Provincia: T. del Fuego C. P.: 9410

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....

Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A.

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

Domicilio Consultorio: .....

Provincia: .....

Localidad: .....

Teléfono: .....

**REFERENCIAS:**

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

☐  
Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

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	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19



Derecha

5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6

Vestibular

Izquierda

# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
01.01				5 <sup>00</sup>	112 <sup>00</sup>	08-05-15	x 
05.02				5 <sup>00</sup>	156 <sup>00</sup>	08-05-15	x 
				268 <sup>00</sup>			

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 inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual endodonto-implante.

x  795824

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando Schwab  
 Especialista en Prótesis  
 M.N. 27.009 - M.P. O.D. 99

Firma y Sello Profesional