

Sistema: .....

Asociado N°: 732432022

Plan: .....

Apellido: Villareal

Nombre: Ezequiel

Parentesco: .....

Domicilio: Ruca 2553

Localidad: Ushuaia

Teléfono: .....

# DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 46334373

Fecha de Nacimiento: 25-02-2006

C. P. : .....

## DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Dr. Fernando R. Schwab

Nombre: .....

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

(02901) 425016

Domicilio Consultorio: .....

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

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

Teléfono: .....

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
Vestibular																	
Derecha								1	1	2	3	4	5	6	Izquierda		
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
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
02.15	53.	✓	R.	500	220 <sup>00</sup>	17-11-14	x
					220 <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 mi incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento de ser esto posible

x 32541870

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando B. Schwab

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

M.N.: 27.002 - M.P.: 0.000

Firma y Sello Profesional