

Cobertura: UP  
Asociado N°: 10106397110044  
Plan: Pro

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Orquera D.N.I. N°: 52899207  
Nombre: Eric Alexander  
Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 03/03/2013  
Domicilio: Ondorra  
Localidad: Ushuaia Provincia: T.Fuego C. P.: 9410  
Teléfono: 1552 9083

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....  
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99

M.N. / M. P.: .....  
Domicilio Consultorio: San Martín 1684  
Provincia: T.F.  
Localidad: Ushuaia  
Teléfono: 425 016

zonas

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

**REFERENCIAS:**

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

☐  
Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

OPT07

# 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	112	15/4	* <i>Paula Z.</i>
0502				\$10	156	15/4	* <i>Paula Z.</i>
0219	75	0		\$10	362	20/4	<i>Paula Z.</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, dejo expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada en un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad del odontólogo en inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible.

\* *Paula Z.*  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

2009 - N° 99

Firma y Sello Profesional