

Cobertura: Accesos

Asociado N°: 542183912

Plan: Delto

Apellido: Gomez

Nombre: Roberto Bruno

Parentesco: U. Suces 133

Domicilio: 624

Localidad: 15448354

Teléfono: 15448354

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 29728489

Fecha de Nacimiento: 25-4-82

Provincia: 925 C. P.: 940

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

M.N. / M. P. (02901) 425016

Domicilio Consultorio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

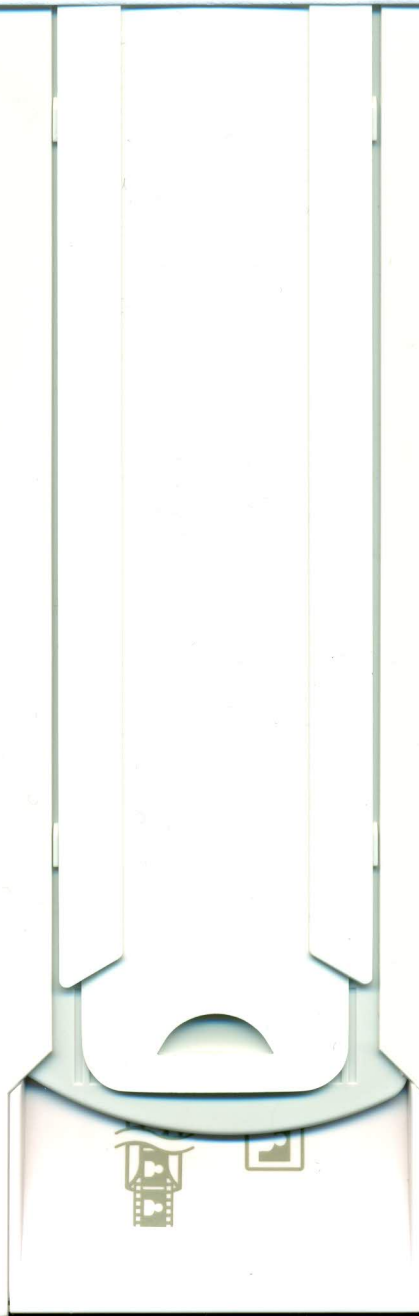
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

 **Coronas**

Cantidad de Dientes existentes

Derecha								Izquierda							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	7	6



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				20	607	1/1	a. [Signature]
0219	35	0	D	20	357	1/1	a. [Signature]
0219	36	0	D	20	352	1/1	a. [Signature]
0219	37	0	D	20	352	1/1	a. [Signature]
					1155		

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, de expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodóntica dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por continuar con la atención, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de la pieza.

[Signature]
 29728724

Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature]
 M.N.: 27.909 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional