


Sistema: Acrylic
Asociado N°: 552332048
Plan: Oral
Apellido: Garcia
Nombre: María
Parentesco: ...
Domicilio: C. Rio Mont. 84
Localidad: ...
Teléfono: ...

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**
D.N.I. N°: 18503935

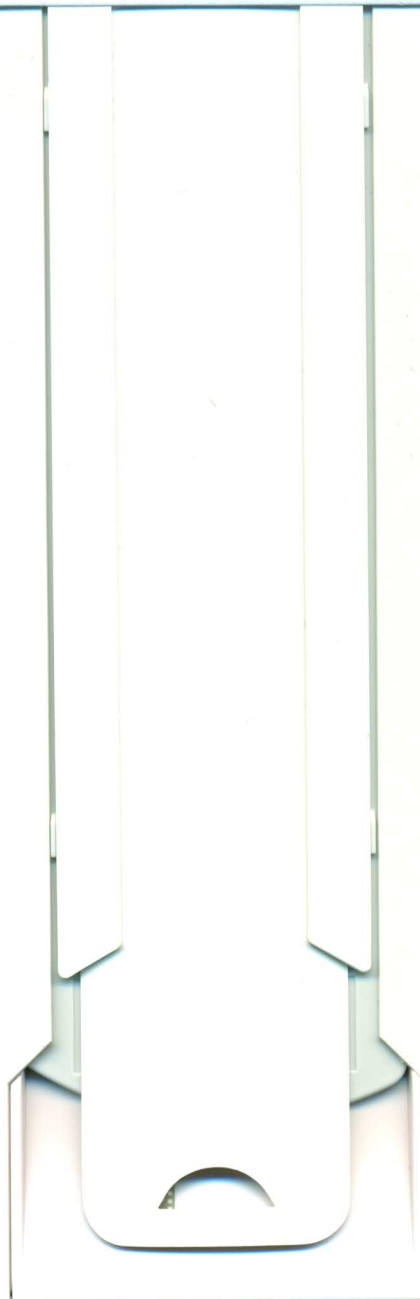
Fecha de Nacimiento: 17-1-68

DATOS DEL PROFESIONAL


Apellido: Beltre
Nombre: Gerardo
M.N. / M. P.: 25001
Domicilio Consultorio: San Juan 1684
Teléfono: 485060

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

REFERENCIAS: ☒ **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
1001	16			no	000	2010	

Observaciones

.....

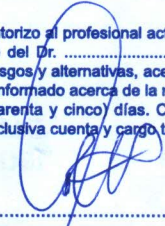
.....

.....

.....

.....

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 retratamiento de ser esto posible



Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 Matr. 27.000
 M.D. 99

Firma y Sello Profesional