

Sistema:

Asociado N°:

Plan:

Apellido:

Nombre:

Parentesco:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 45384423

Fecha de Nacimiento: 18-01-2003

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio: San Martín 1604

Teléfono:

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
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
5								6							
8								7							
Vestibular								Vestibular							

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul

Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo

Tratamiento anterior

Lápiz Verde

Selladores



Coronas

Cantidad de Dientes existentes

FESIONAL

Obtención Ubicación	Obtención Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
10.01 52.		500	14800	10-11-14.	
			14800		

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] 2PB337E

Firma del Paciente y N° D.N.I.

M.N.: 27.000 - M.P. 0.00 - 99

Firma y Sello Profesional