

Sistema: Dentaur  
Asociado N°: 00253551998  
Plan: 22-0003  
Apellido: Urtecho  
Nombre: María  
Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 28/8/73  
Domicilio: Calle General m° 543  
Localidad: Unit C. P.: 9410  
Teléfono: 15509450

**DATOS DEL PACIENTE**

D.N.I. N°: 23360777

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....  
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  
27.009 - M.P. O.D.: 99  
(02901) 425016  
M.N. / M. P.: Dr. Fernando R. Schwab  
Domicilio Consultorio: M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
(02901) 425016  
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  
Teléfono: .....

**Diagrama dental:**

Superior: 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: 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5

8 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5

Vestibular

**REFERENCIAS:**

OPT07

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar




**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

 **Coronas**


Cantidad de Dientes extra

# PARA USO PROFESIONAL

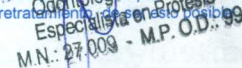
Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101	11-21			\$15	88	11/3/15	
09019	11-21			\$15	45	11/3/15	
0219	37	O	R	\$15	297	12/3/15	

## 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 entendido 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 por negligencia, inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser necesario.

 23.360.777

Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional