

Sistema: 2000
Asociado N°: 291455001
Plan: Odont
Apellido: Flour
Nombre: Rosa Greer

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 31896551

Parentesco: Fecha de Nacimiento:
Domicilio: M. San José
Localidad: C. P.:
Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P.: 0.009
M.N. / M. P. 27.009
Domicilio Consultorio: San José
Envo
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
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
Vestibular								Vestibular							

REFERENCIAS:

OPT07

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
9101			/	20	83	30/9	
0501			/	20	110	30/9	
					183		

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 tratamiento de emergencia, si es posible.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo - Implantos
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99
Firma y Sello Profesional