

Sistema: Acrylic

Asociado N°: 41601300

Plan: Plan

Apellido: Mansur

Nombre: Esteban

Parentesco: Padre

Fecha de Nacimiento: 0-1-59

Domicilio: Belmonte 1337

Localidad: San

C. P.: San

Teléfono:

D.N.I. N°: 10650973

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

M.N. / M.P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

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

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

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

OPT07

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0104007	38		AB	/	18	3/7	<input checked="" type="checkbox"/>
0820	38	0		/	297	3/2	<input checked="" type="checkbox"/>
					355		

Observaciones

.....

.....

.....

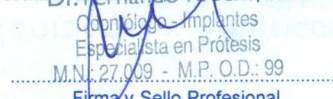
.....

.....

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 re-tratamiento, de ser esto posible.

 DNI 692473

Firma del Paciente y N° D.N.I.

 Dr. [Signature]
 Odonólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 M.N. 27.009 - M.P. O.D.: 99
 Firma y Sello Profesional