

Sistema: Dentod

Asociado N°: 329867919

Plan: 22 - 0003

Apellido: 6 years

Nombre: Christina

Parentesco: KuaniP

Domicilio: 85

Localidad: U2H

Teléfono: 15510664

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 13013070

Fecha de Nacimiento: 10/7/57

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

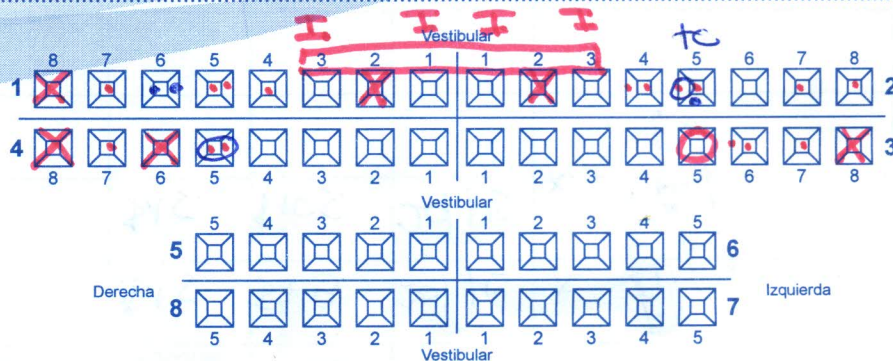
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

M.N. / M. P. (02901) 425016

Domicilio Consultorio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Teléfono:



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
0101				\$15	\$78	20/1/15	x
0501				\$15.	\$105.	20/1/15	x

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, de haber 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.

U.M.: 27.009 - NLP. O.D.: 99

x  13013040
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional