

Sistema:

Asociado N°: 2412878001

Plan:

Apellido: Lezama

Nombre: Milagros

Parentesco:

Domicilio: Bº Cañadon cose 35 secc D

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 48022219

Fecha de Nacimiento: 25-02-07

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio:

San Martin 1684

Teléfono:

| Vestibular | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|---|---|
| 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 | | | | | | | | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Izquierda | | |
| 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | |
| 8 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 | | | | | | |
| Vestibular | | | | | | | | | | | | | | | | | |

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

☐
Coronas

Cantidad de Dientes existentes

PROFESIONAL

| Pieza dentaria | Obturbación Ubicación | Obturbación Material | Valor a Cargo del Paciente | Valor Total | Fecha | Conformidad Paciente Tratamiento Terminado |
|----------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|-------------------|----------|--|
| 10.01 | 54 | | 5 ⁰⁰ | 130 ⁰⁰ | 20-10-11 | X Coronal Marcano |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | 130 ⁰⁰ | | |

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 lo 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

X Coronal Marcano

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

M.N. 127809

Firma y Sello Profesional