

Sistema:

Asociado N°: 9314771026

Plan:

Apellido: Portal Manuel

Nombre: Gisel

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 03-07-2002

Domicilio: Bº 2 Bandejas casa 106

Localidad: Ushuaia

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Dr. Fernando R. Schwab

Nombre:

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

(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 44324258

Derecha								Vestibular		Izquierda									
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											
								1		2		3		4		5		6	
								5		4		3		2		1		8	
								8		5		4		3		2		1	
								Vestibular		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
02.15	11	P.	R	5 ⁰⁰	220 ⁰⁰	18-11-14	X
02.16	12	P.-V.M.	R	5 ⁰⁰	220 ⁰⁰	18-11-14	X
02.15	21	R.	R.	5 ⁰⁰	220 ⁰⁰	18-11-14	X
					6 600		

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 retratamiento, de ser esto posible

28499377

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Especialista en prótesis
M.N.: 27009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional