

Cobertura: .....

Asociado N°: 002215263009

Plan: .....

Apellido: .....

Nombre: .....

Parentesco: .....

Domicilio: .....

Localidad: .....

Teléfono: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 22963498

Fecha de Nacimiento: .....

Provincia: .....

C. P.: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....

Nombre: .....

Dr. Fernando R. Schwab

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

Domicilio Consultorio (02901) 425016

Provincia: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Localidad: .....

Teléfono: .....

**REFERENCIAS:**

OPT07

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

○  
Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

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

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	36	OD	2		352	11/06/15	
				325			

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, declaro que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada en un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por no cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retardo en el tratamiento.

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

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

22963498