

Sistema: Dr.

Asociado N°: 0111316918910100

Plan: 0002

Apellido: Colazo

Nombre: ESTELA MARIA DEL VALLE

Parentesco: P. de ESCUARA 3135

Domicilio: P. de ESCUARA 3135

Localidad: 0351-15395421

Teléfono: 0351-15395421

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 1131078768

Fecha de Nacimiento: 30/11/58

C. P.: 0351-15395421

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

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: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Teléfono: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. 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
5								6							
8								7							
5								5							
4								4							
3								3							
2								2							
1								1							
Vestibular								Vestibular							

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar


Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0104102	36			15	118	20/08	
					118		

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 no cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de ser esto posible.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Federico A. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N. 23099 - M.P. O.D. 99
Firma y Sello Profesional