

Sistema: OP

Asociado N°: 1019210181074995

Plan: PPO

Apellido: FIGUEROA

Nombre: ARIEL AUSTANORO


Parentesco: II

Domicilio: JANEN 188 Dpto 2

Localidad: JANEN C. P. :

Teléfono:

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

D.N.I. N°: 125432574

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: SCHWAB

Nombre: FERNANDO

M.N. / M. P. 27.009/99

Domicilio Consultorio: S. MARTIN 1684

Teléfono: 425016

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Vestibular								Vestibular							
5								6							
8								7							
Vestibular								Vestibular							
5								5							

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	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
019				15	83	28/10	
					83		

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 y de que el tratamiento debe ser realizado 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 reintegro de la pieza.

 25432574

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schivo
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.R.O.P.: 99

Firma y Sello Profesional

