

Sistema:

Asociado N°: 80161302

Plan:

Apellido: Pienovich

Nombre: Alexander

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 21-12-04

Domicilio: Av. L. Nam 2763

Localidad: Ushuaia

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwarz

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 95384356

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
Vestibular								Vestibular							
5															6
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
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	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.20	65	O-V.	R.	5 ⁰⁰	265 ⁰⁰	22-09.	x 
					265 ⁰⁰		

Observaciones

.....

.....

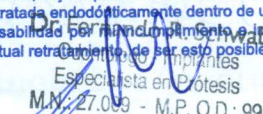
.....

.....

.....

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, 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

x  33221922
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando A. G. G. G.
Especialista en Ortodoncia
M.N.: 27.099 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional