



Odontopraxis Americana

Sistema: 8.4ccv

Asociado N°: 844237190

Plan: reserva

Apellido: Escobar

Nombre: Francisco

Parentesco: Padre

Domicilio: Blvd 6 Cmo 11

Localidad: USA

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE

D.N.I. N°: 26195430

Fecha de Nacimiento: 2-12-78

C. P.: 8400

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schul

Nombre: Francisco

M.N. / M. P.: Wool

Domicilio Consultorio: San Luis 1645

Teléfono: 418016

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
Derecha								Izquierda							
5								6							
8								7							
5								5							
Vestibular															

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
0202	36	0			248	30/09	

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 inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento, de ser esto posible

DNI 2615430
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando Rosales
Odontólogo - Implantología
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
Firma y Sello Profesional