

Sistema:

Asociado N°: 225263917

Plan:

Apellido: Fanas

Nombre: Janina

Parentesco:

Domicilio: Yohuen 2405

Localidad: Ushuaie

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 43559357

Fecha de Nacimiento: 16-10-2001

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

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:

Teléfono:

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
Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
5															
8												7			
5	4	3	2	1	1	2	3	4	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
02.20.	14	V-6		5 ⁰⁰	302 ⁰⁰	11-11-14	
02.19	24	V-0		5 ⁰⁰	302 ⁰⁰	11-11-14	
					004 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 mi incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser este posible.


 27961081
 Firma del Paciente y N° D.N.I.


 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.009 M.P. O.D.: 99
 Firma y Sello Profesional