


Sistema: .....  
Asociado N°: 2400852010

**DATOS DEL  
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Plan: .....  
Apellido: Gaillard Prieto D.N.I. N°: 47508875  
Nombre: Rocío  
Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 23-02-2007  
Domicilio: Los Zorzales 153P  
Localidad: Ushuaia C. P.: .....  
Teléfono: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
Nombre: (02901) 425016  
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  
M.N. / M. P. ....  
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															7
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			

**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
05.05	36			5 <sup>00</sup>	70 <sup>00</sup>	18-11-14	X
05.05	46			5 <sup>00</sup>	70 <sup>00</sup>	18-11-14	X
					140 <sup>00</sup>		

## 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 reintegro de ser este posible.



Firma del Paciente y N° D.N.I.

  
 Odontólogo - Implantos  
 Especialista en Prótesis  
 M.N.: 27.099 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional