

Sistema: Accord Dorado

Asociado N°: 007241459009

Plan: .....

Apellido: Guez

Nombre: NORMA

Parentesco: Titular

Domicilio: Unexu 16

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 431467/15486892

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 311084160111

Fecha de Nacimiento: 23/10/75

C. P.: 9410

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 27008

Domicilio Consultorio: San Martín

1684 Dto A Rio 12

Teléfono: 428016

Derecha								Izquierda									
Vestibular								Vestibular									
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	3
5								6									
8								7									
Vestibular								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
0219	3412	0 NY		10		05/10	X
1001	48	YD.		10		07/11	X

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.

*[Firma]*  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando A. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 M.P.: 00  
Firma y Sello Profesional