

Sistema:

Asociado N°:

Plan:

Apellido:

Nombre:

Parentesco:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°:

Fecha de Nacimiento:

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre:

M.N.:

M.P.:

M.N. / M.P.:

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

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	4	3	2	1	1	2	3	4	5
8																						
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5

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
0101				20	28	14/11	
0246	30	OD		20	215	14/11	
					193		

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 tratamiento, de ser esto posible

23181709
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional

