

Sistema:

Asociado N°: 762364046

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Plan:

Apellido: Baldemara Saravia D.N.I. N°: 94446940

Nombre: Mayra Soledad

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 16-11-2001

Domicilio: Sección K 141

Localidad: Ushuaia C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

M.N. / M. P. (02901) 425016

Domicilio Consultorio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

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
5								6							
8								7							
5								5							
4								2							
3								3							
2								4							
1								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
02.19	55.	O	R	500	302	16-12-14	Eutracia
				302			

Observaciones

.....

.....

.....

.....

.....

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Hstoria 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 trada endodónticamente dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi inactividad o inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de por este posible

Eutracia 94339496

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Especialista en Prótesis

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

Firma y Sello Profesional