

Cobertura: UP

Asociado N°: 768663011

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Plan: Cuase

Apellido: Picard Moyano

D.N.I. N°: 31550201

Nombre: DEBORAH GISELA

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 27-6-55

Domicilio: 640000 91502-e

Localidad: Uta. Provincia: 72P C. P.: 3460

Teléfono: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....

Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P. ....

Domicilio Consultorio: .....

Provincia: .....

Localidad: .....

Teléfono: .....

**REFERENCIAS:**

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

☐  
Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

								Vestibular															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2							
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	3							
								Vestibular															
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5													
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5														
								Vestibular															



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0104				2	102		1. Phisico de goma
0901	36			2	50		2. Phisico de goma
0249	45	0	11	2	312		3. Phisico de goma
0269	46	0	12	2	312		4. Phisico de goma
					876		

Observaciones

36 8/Reduor

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, los cuales serán posibles.

Dr. Fernando R. Schwab  
Odontólogo Implantar  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27/009 - M.P.O.D.: 99

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional