

Sistema:

Asociado N°: 7924070151

Plan: 20-0001

Apellido: Gelarza

Nombre: Pran

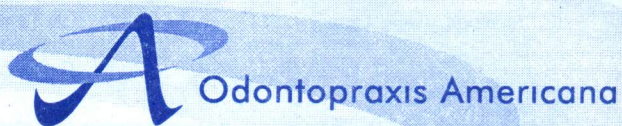
Parentesco:

Domicilio: Sten 1078

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



D.N.I. N°: 46462046

Fecha de Nacimiento: 16-01-2005

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 90

Domicilio Consultorio:

San Martin 1604

Teléfono:

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

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
10.09	SS			500	12500	01-10-14	X
08.0101	SS			500	3800	01-10-14	X
					16300		

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 esto posible

X *[Firma]* 32180962

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo - Implantar
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 89

Firma y Sello Profesional