

Sistema: OK PMO

Asociado N°: 7836060151

Plan: .....

Apellido: Dominguez

Nombre: Joel

Parentesco: .....

Domicilio: Levin 1962

Localidad: Usmaia

Teléfono: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 4450003511

Fecha de Nacimiento: 09-02-2007

C. P.: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio: .....

San Martin 1684

Teléfono: .....

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
Vestibular																	
Derecha								1	1	2	3	4	5	6	Izquierda		
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
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
219	75	O-P	R	500	27000	08-09-18	X
					27000		

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 este posible

X DNI. 25.428.174

Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional