

Sistema:

Asociado N°: 213915032

Plan:

Apellido: Pereyra

Nombre: Josefina

Parentesco:

Domicilio: Rio Callejos 645

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 41951440

Fecha de Nacimiento: 17-04-2000

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio: San Juan 1684

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

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

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	46.	O	R	5 ⁰⁰	140 ⁰⁰	15-10-14	x/mmorof
05.02				5 ⁰⁰	115 ⁰⁰	15-10-14	x/mmorof
					380 ⁰⁰		

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 dentaria endoóticamente 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

Dr. Fernando R. Schwab
Médico - Ortodoncia
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

x/mmorof
Firma del Paciente y N° D.N.I.
DNE 20508682

Firma y Sello Profesional