

Sistema:

Asociado N°: 75366001111

Plan:

Apellido: Guapinchay

Nombre: Jesus

Parentesco:

Domicilio: Pe Karlen casa 11

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 46616342

Fecha de Nacimiento: 25-04-2005

C. P. :

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schlab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. : 92

Domicilio Consultorio: San Juan 1604

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								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:

OPT07

Lápiz Azul

Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo

Tratamiento anterior

Lápiz Verde


Selladores



Coronas

Cantidad de Dientes existentes

FESIONAL

pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
10.01. 64			5 ⁰⁰	125 ⁰⁰	13-10-14 x	
20.01.01 64			5 ⁰⁰	300 ⁰⁰	13-10-14	
				163 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 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


33460755
Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional