

Sistema: Accorzo Solad Plon Dorado

Asociado N°: 597489261

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Plan:

Apellido: Núñez Blanco

D.N.I. N°: 5207651811

Nombre: Yazma Demise

Parentesco: Hija

Fecha de Nacimiento: 07/02/2012

Domicilio: Luis Vernet 2179

Localidad: C. P.:

Teléfono: 02901-514000

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio:

San Martín 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
Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						

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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
07.01				-	93 ⁰⁰	30-08-14	[Signature]
					93 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 epidemiológicamente 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.

[Signature] 24.07.09 OSS.
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
Firma y Sello Profesional