

Sistema: .....

Asociado N°: 582680019

Plan: .....

Apellido: Vargas

Nombre: Yaximilano

Parentesco: .....

Domicilio: Sección K maza 0 E lote 58 s/n

Localidad: Ushuaia

Teléfono: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 15769659

Fecha de Nacimiento: 31-07-2004

C. P. : .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....

Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27.009 M.P.: O.D.: 99

Nombre: (02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A.

M.N. / M. P. ....

Domicilio Consultorio: .....

Teléfono: .....

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

**REFERENCIAS:**

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior


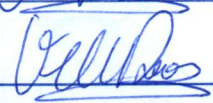
**Lápiz Verde**  
Selladores

☐  
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
05.05	36			5 <sup>00</sup>	70 <sup>00</sup>	24-11-14	
05.05	46			5 <sup>00</sup>	70 <sup>00</sup>	24-11-14	
					140 <sup>00</sup>		

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.

 31639044

Firma del Paciente y N° D.N.I.

.....

Especialista en Prótesis

M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional