

Sistema: Accord

Asociado N°: 010724459009

Plan: Dorado

Apellido: Quiz

Nombre: Nazaria

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 23/10/73

Domicilio: Intero 16 Esso R

Localidad: oshuaria C. P.: 9410

Teléfono: 431467/ 15186882

#### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schurab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 27009 - 98

Domicilio Consultorio: San Martin

1884 Piso 1 Ato A

Teléfono: 425016

#### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 31089180

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5								6							
Vestibular								Vestibular							
8								7							
5								4							
4								3							
3								2							
2								1							
Vestibular								Vestibular							
1								2							
8								7							
5								4							
4								3							
3								2							
2								1							
Vestibular								Vestibular							
1								2							
8								7							
5								4							
4								3							
3								2							
2								1							

#### 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
02.20	34	DLY		\$10	270	08/10	+ [Signature]
02.16	33	ML		\$10	198	08/10	+ [Signature]
02.16	24	MPD		\$10	198	15/10	+ [Signature]

## 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

Dr. Fernando R. Schwab

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

Firma y Sello Profesional

Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature] N.G. + 3.108.4180