

Sistema: dcow

Asociado N°: 4407391

Plan: Pisano

Apellido: Rodriguez

Nombre: Julio

Parentesco: Padre

Domicilio: Delegación 1337

Localidad: San Juan

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 11317107

Fecha de Nacimiento: 2-4-55

C. P.: San Juan

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

M.N./M.P.: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

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	7	8			
5															
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	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				1	93	19/12/14	
0501				1	120	19/12/14	
0206	16	OM	02	1	115	18/12/14	
					975		

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, aceptando los 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 inactividad e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro de sanado posible.

Dr. Fernando K. Schmitt
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P.O.D. 99

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional