

Sistema: Accord.
Asociado N° 0058268001
Plan: Dental
Apellido: DIAZ
Nombre: Veronica

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 8/07/85
Domicilio: MACIZO K Sector E lote 58 8° Escandido
Localidad: USHUAIA C. P.: 9410
Teléfono: 15618446

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab
Nombre: Fernando
M.N. / M. P.: 24009 / 99
Domicilio Consultorio: San Martín
1824 Paso Dto A.
Teléfono: 425016

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
Vestibular								Vestibular									
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								Vestibular									

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
0104	46	perforación ATRY.		10 -	83	4/10/14	
0302	46			20	415	31/10/14	
0202	46	OM	Egito	10	220	31/10/14	

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 esto posible

Firma del Paciente y N° D.N.I. 31638044

Odontólogo - Implantas
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.033 - M.P. O.D.: 99
Firma y Sello Profesional

