

Sistema: 2000's
Asociado N°: 637863071
Plan: Donato
Apellido: Donato
Nombre: Luciano

**DATOS DEL
PACIENTE**

Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 39391517

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 11. 8. 86

Domicilio: Avda San Blas 817

Localidad: UCA C. P.: 5410

Teléfono: 970

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								
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
5								6								
8								7								
5								5								
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	15			10	102	16/11	X [Signature]
0501	15			10	50	18/11	X [Signature]
					152		

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, dafo expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada y de que el tratamiento debe ser dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi parte, incluyendo el consentimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro de este costo.

X [Signature]

39391577

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional