

Sistema: .....

Asociado N°: 16809009

Plan: .....

Apellido: .....

Nombre: .....

Parentesco: .....

Domicilio: .....

Localidad: .....

Teléfono: 2501-1540 4752

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 38381179

Fecha de Nacimiento: 7-3-86

C. P. : .....

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 27009

Domicilio Consultorio: San Benito

1684 1° Piso Dto A

Teléfono: 425 016

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

### 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
0101				\$ 15	68	6/1/15	X
0206	11	IM	D	\$ 15	183	6/1/15	X
0208	21	IMP	R	\$ 15	183	6/1/15	X
0219	46	V		\$ 15	225	9/1/15	X

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.

+  39391170

Firma del Paciente y N° D.N.I.

 Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional