

Sistema: .....

Asociado N°: 6888200274

Plan: .....

Apellido: Gonzalez

Nombre: Juan

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 15-09-2002

Domicilio: Pto Argentino 1211

Localidad: Ushuaia C. P.: .....

Teléfono: .....

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: .....

Dr. Fernando R. Schwab

M.N. / M. P. M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
(02901) 425016

Domicilio: San Martín 1684, Piso 1 Dpto. A

Teléfono: .....

### DATOS DEL PACIENTE

 Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 84236549

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																	
Derecha								1	1	2	3	4	5	6	Izquierda		
5	5	4	3	2	1	1	2	2	3	4	5	6	6				
8	5	4	3	2	1	1	2	2	3	4	5	6	7				
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
02.19	36	V.	R.	5 <sup>00</sup>	302	23-02-15x	Juan B/f
					302 <sup>00</sup>		

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, odontológicamente 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

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

Dr. Fernando R. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.013..... M.P.O.D.: 99.....  
Firma y Sello Profesional