


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	43	3-4-8	

Observaciones .....

.....

.....

.....

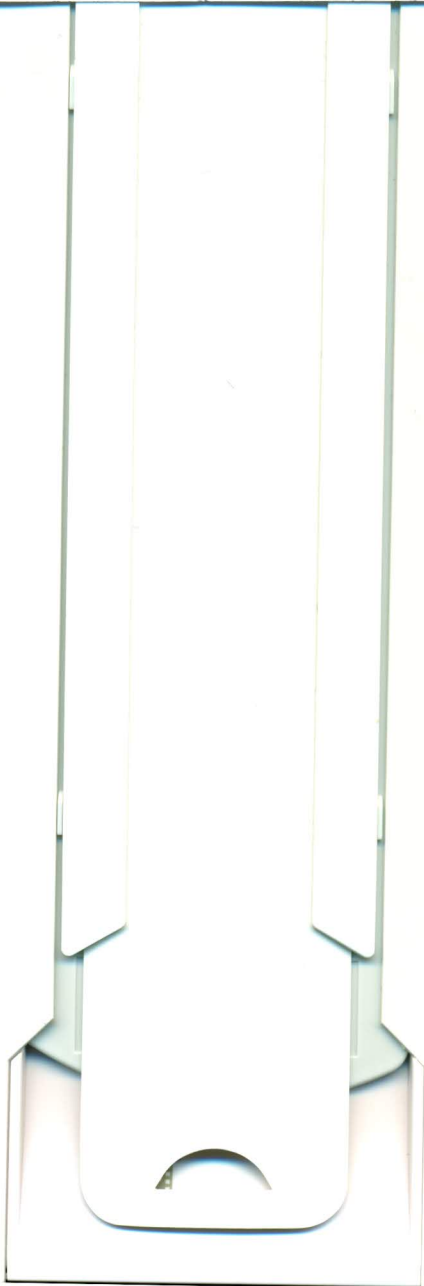
.....

.....

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 la pieza.


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

Dr. Fernando A. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
.....  
Firma y Sello Profesional



Sistema: up  
Asociado N°: 48814008  
Plan: Puro  
Apellido: Ortega  
Nombre: Isidro

**DATOS DEL  
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**  
D.N.I. N°: 73384377

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 10-11-75  
Domicilio: Av. Huel 1548  
Localidad: ..... C. P.: .....  
Teléfono: 17014633

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Schwab  
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  
Odontólogo - Implantos  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
M.N. / M. P. Isidro  
Domicilio Consultorio: Isidro Ortega  
Teléfono: 17014633

*etc*

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

**REFERENCIAS:** **Lápiz Azul** Tratamiento a realizar **Lápiz Rojo** Tratamiento anterior **Lápiz Verde** Selladores ☐ Coronas Cantidad de Dientes existentes .....

OPT07