

Sistema:

Asociado N°: 208072021

Plan:

Apellido: Figueredo

Nombre: Thiago Valentin

Parentesco:

Domicilio: Jansen 488

Localidad: Oshwaia

Teléfono:

DATOS DEL
PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 40354446

Fecha de Nacimiento: 20-02-2008

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio: San Martin 1684

Teléfono:

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						
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	64	0	2.	5 ⁰⁰	270 ⁰⁰	16-10-14	
					270 ⁰⁰		

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.

 25432574

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional