

Cobertura: Arrend. Donado

Asociado N°: 00329867001

Plan: 21-0003

Apellido: Dominquez

Nombre: Hugo

Parentesco:

Domicilio: Kuapip 185

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 15502111

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 13382572

Fecha de Nacimiento: 13382572

Provincia: T. Fuego C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Nombre: (02901) 425016

San Martín 1984 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

 Coronas

Cantidad de Dientes existentes

Diagrama dental (odontograma) que muestra la distribución de los dientes en la boca. Se utilizan números del 1 al 8 para identificar los dientes en cada cuadrante (superior e inferior, derecha e izquierda). Las líneas rojas indican los dientes que han sido tratados anteriormente (Lápiz Rojo). Las líneas azules indican los dientes que están siendo tratados actualmente (Lápiz Azul). Las líneas verdes indican los dientes que están siendo sellados (Lápiz Verde). Las coronas se indican con un círculo.

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

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0219	45	V	R	DS	\$352	2015/15	<i>[Signature]</i>

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.

[Signature]
 Firma del Paciente y N° D.N.I. 13382572

[Signature]
 Ortodoncólogo - Implantólogo
 Especialista en Prótesis
 M.A. 27.009 - M.P. O.D. 99
 Firma y Sello Profesional