

Sistema: 208113+00

Asociado N°: 208113+00

Plan: uno

Apellido: Martinez

Nombre: Guillermo


Parentesco: Qui + 79

Domicilio: CA

Localidad: CA

Teléfono: CA

### DATOS DEL PACIENTE

 Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 17458164

Fecha de Nacimiento: 31-10-05

C. P.: CA

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

M.N. / M.P.: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio: CA

Teléfono: CA

Derecha								Izquierda							
Vestibular								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								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
8															
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
Vestibular								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
010467	36				88	3/2/15	
0901	36				45	3/2/15	
0220	36	02	02		287	3/2/15	
					930		

## 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 inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de ser esto posible.

Especialista en Prótesis

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

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional