

Sistema: Derodir

Asociado N°: 0091214616121008

Plan: 20-0003

Apellido: Wu

Nombre: Winston

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 2014184

Domicilio: Yowen n°2456

Localidad: Uruguay

C. P.: 9410

Teléfono: 15497682

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

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

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 3018416784

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
Derecha								Izquierda									
5								6									
8								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
0219	47	O	R	\$15.	\$297	24/2/15	x Con Curatam
0501				\$15	\$115	11/3/15	x Con Curatam
0216	15	OD		\$15	\$215	26/3/15	x Con Curatam

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

x Con Curatam 30846784

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schifano
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.P.O.D. 99
M.N. 27109

