

Sistema: UP  
 Asociado N°: 11691019101411  
 Plan: PMO  
 Apellido: Costa  
 Nombre: Natanael Ramos  
 Parentesco: hijo  
 Domicilio: Independencia 953  
 Localidad:  C. P.: 8410  
 Teléfono: 2801-15404752

**DATOS DEL  
PACIENTE**

D.N.I. N°: 39391170

Fecha de Nacimiento: 4/03/96

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Schwab **Fernando R. Schwab**  
**Odontólogo - Implantes**  
**Especialista en Prótesis**  
**27009 - M.P. O.D.: 99**  
 Nombre: Fernando  
 M.N. / M. P.: 27009  
 Domicilio Consultorio: Sos. Tlahuán  
1684 IDitopraxis  
 Teléfono: 425016

Derecha								Izquierda							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	4	3	2	1	1	2	3	3	4	5	6	7	8		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0219	27	0		\$ 15	302	3/15	X
0501				\$ 15	120	3/15	X

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 endodómicamente 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, los cuales serán cobrados.

X 39397120

Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional