

Cobertura: UP

Asociado N°: 63371000

Plan: PMO

Apellido: Ozquero

Nombre: Carlos

Parentesco: titular

Domicilio: Andorra

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 15566590

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 23181709

Fecha de Nacimiento: 04/06/1973

Provincia: TDF

C. P.: 9410

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Fernando R. Schwab

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

Nombre: 7009 - M.P. O.D.: 99

M.N. / M. P. Dr. Fernando R. Schwab

Domicilio Consultorio: M.N. 27009 - M.P. O.D.: 99

Provincia: (02901) 425016

Localidad: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Teléfono: .....

### REFERENCIAS:

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

 Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

Diagrama de dientes (odontograma) con marcadores de tratamiento:

**Vestibular**

**Derecha**

**Izquierda**

El diagrama muestra una representación de los dientes en una vista vestibular, con la parte superior etiquetada como 'Derecha' y la inferior como 'Izquierda'. Los dientes están numerados del 1 al 8 en cada lado. Se utilizan tres tipos de marcadores para indicar el estado de los dientes: un lápiz azul para el tratamiento a realizar, un lápiz rojo para el tratamiento anterior, y un lápiz verde para los selladores. En este caso, se observan marcadores de lápiz azul y rojo en varios dientes, indicando planes de tratamiento.

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
1001	48			\$ 15 <sup>a favor s.</sup>	148	13/3/15	X [Signature]
1001	18			\$ 15	148	28/3/15	X [Signature]
1001	36			\$ 15	148	31/3/15	X [Signature]

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 inclusión en la atención, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de ser esto posible.

[Signature]

Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature]

Implantes

Prótesis

O.D.: 99

Firma y Sello Profesional