


Sistema: Acuad.
Asociado N°: 010597489000
Plan: Dorado

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**
OPAM S.A.

Apellido: Núñez D.N.I. N°: 20451487
Nombre: Carlos
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 13/08/69
Domicilio: Cus Janet 2179
Localidad: Ushuaia. C. P.: 9410
Teléfono: 15512471

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schraub
Nombre: Fernando
M.N. / M. P. 27009/99
Domicilio Consultorio: San Ramón
1684 Piso 1 DtoA
Teléfono: 425016

								Vestibular															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2							
1	<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"/>								
4	<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"/>	3							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8								

					Vestibular									
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6				
5	<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"/>	6				
8	<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"/>	7				
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5					

Derecha Vestibular Izquierda

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
1001	34			10	130	29/10/14	

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 de no tratamiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de ser necesario.

Firma del Paciente y N° D.N.I. 20451489

Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo
Especialista en Prótesis
M.N.: 27009 - M.P.O.D.: 99

Firma y Sello Profesional