

Cobertura: PNO

Asociado N°: 024106557091

Plan: 20-0001

Apellido: Mayta

Nombre: Rosael

Parentesco:

Domicilio: A luro n° 2007

Localidad: Ushuaia

Teléfono: 15504886

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 23611006

Fecha de Nacimiento: 21/9/73

Provincia: T. Fuero C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

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

Domicilio Consultorio:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

 Coronas

Cantidad de Dientes existentes

Diagrama dental (odontograma) que muestra la distribución de los dientes en la boca. El diagrama está dividido en dos secciones principales: la superior para la parte superior (maxilar) y la inferior para la parte inferior (mandibular). Cada sección tiene una fila de dientes representados por cuadrados con números del 1 al 8. Las etiquetas 'Derecha' y 'Izquierda' están colocadas a los lados del diagrama. Las etiquetas 'Vestibular' están colocadas en la parte superior y inferior del diagrama. Las líneas rojas indican los dientes que han sido tratados anteriormente (Lápiz Rojo). Las líneas azules indican los dientes que están siendo tratados actualmente (Lápiz Azul). Las líneas verdes indican los dientes que están siendo sellados (Lápiz Verde). Las coronas están indicadas por los círculos.

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				\$10	\$102	4/6/15	<i>[Signature]</i>
1001	24			\$10	\$170	4/6/15	<i>[Signature]</i>

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 en un tiempo máximo de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por el cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro, de ser esto posible.

[Signature] 23611006
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature]
 M.N. 27.009 - M.P. O.D.: 99
 Firma y Sello Profesional