

Sistema:

Asociado N°: 1452800314

Plan:

Apellido: Del Pino

Nombre: Leonel

Parentesco:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 22789694

Fecha de Nacimiento: 9-8-2008

Domicilio: Aleu 3927

Localidad: Ushuaia C. P. :

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio:

San Martín 1684

Teléfono:

Derecha								Izquierda									
Vestibular								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
5								6									
8								7									
5								4									
4								3									
3								2									
2								1									
1								1									
2								3									
3								4									
4								5									
5								6									

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior


Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

OPT07

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.19	74.	O	R	5 ⁰⁰	270 ⁰⁰	16-09-19	
					270		

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

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N. 17.200
Firma y Sello Profesional