

Cobertura: .....

Asociado N°: 007558170012

Plan: .....

Apellido: FARE

Nombre: DARANA

Parentesco: .....

Domicilio: RUBINOS 358

Localidad: .....

Teléfono: 15601202

## DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 3471180431

Fecha de Nacimiento: 18/07/89

Provincia: .....

C. P.: .....

## 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:

OPT07

Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior

Lápiz Verde  
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

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

Derecha

Izquierda

# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0216	21	VD	R	15	220	18/05/15	
0216	22	VH	R	15	220	18/05/15	
0219	36	O		15	302	18/05/15	
					742		

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, he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada e inactividad 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 tratamiento de ser este posible.

Dr. Fernando R. Rojas  
Odontólogo General  
Especialista en Ortodoncia  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

34.718.043

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional