

Cobertura: Acord. Salud
Asociado N°: 0075353R10316
Plan: 21 0003

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Ruiz Joaquin Ian D.N.I. N°: 48886048
Nombre:
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 4-3-2010
Domicilio: San Salvador 600 98
Localidad: Ushuaia Provincia: T. del Fuego C. P.: 9410
Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
(02901) 425016
..... San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A
M.N. / M. P.
Domicilio Consultorio:
Provincia:
Localidad:
Teléfono:

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

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
02.19	54	D-0	R.	5 ⁰⁰	357 ⁰⁰	01-01-15	x
					357 ⁰⁰		

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 retretamiento de acceso posible

 30/28909 -

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

M.N. 27.409 - M.P. O.D. 99

Firma y Sello Profesional