

Sistema: Dental

Asociado N°: 00689698005

Plan: 20-0003

Apellido: Lopez

Nombre: Surcio

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 4/3/84

Domicilio: Camino del valle n° 126

Localidad: WCH C. P.: 9400

Teléfono: 15566823

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

Domicilio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

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

Teléfono: (02901) 425016

Teléfono: .....

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 307747721

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
Vestibular																	
Derecha								Izquierda									
5								6									
8								7									
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
0216	22	VP	R	\$15	\$215	19/12/15	X  6852 58167
0216	11	MPD	R	\$15	\$215	26/12/15	X  6852 58050

## 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 esta pieza

 30774772  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando K. Sarnano  
 Odontólogo - Implantista  
 Especialista en Prótesis  
 M.P. OD.: 99  
 19707  
 Firma y Sello Profesional

