

Sistema: W

Asociado N°: 152615096

Plan: cur e

Apellido: Dolan

Nombre: Edgar

Parentesco:

Domicilio: Rivera de los Rios

Localidad:

Teléfono: 15449473

**DATOS DEL PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 1713483041

Fecha de Nacimiento: 11-1-61

C. P.:

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Reich

Nombre: Dr. Ricardo A. Reich

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

M.N. / M. P. 27099 - M.O.D.: 99

Domicilio Consultorio: San Martín 103

Teléfono: 15449473

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									
Vestibular								Vestibular									

**REFERENCIAS:**

OPT07

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar


**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

**Coronas**

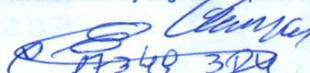
Cantidad de Dientes existentes .....

# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				10	43	8/8	✓ 

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

  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

