

Sistema:

Asociado N°: 831477026

Plan:

Apellido: Portaí Manuel

Nombre: Caroline Gisel

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 3-7-2002

Domicilio: Bº 2 Bandera's Casa 106

Localidad: Ushuaia C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

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

Nombre: (02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 44327258

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

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	47	O	R	5 ⁰⁰	302 ⁰⁰	16-12-14	x Gisel Portal
02.19	44	O	R	5 ⁰⁰	302 ⁰⁰	16-12-14	x Gisel Portal
				804 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, en odontología, 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 la pieza o piezas.

Especialista en Prótesis

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

x Gisel Portal

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional