

Sistema:

Asociado N°: 211391150321

Plan:

Apellido: Pereyra

Nombre: Joselina

Parentesco:

Domicilio: Rio Gallegos 645

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 411851144011

Fecha de Nacimiento: 17-04-2000

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwob

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio: San Martin 1684

Teléfono:

								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																			
								5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6									
								8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	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
01.01				500	8300	6-10-14	<i>[Signature]</i>
					8300		

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

[Signature]
Firma del Paciente y N° D.N.I.
20508682

Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
Firma y Sello Profesional