


Sistema: Acuors w
Asociado N°: 780721
Plan: 7mo
Apellido: Condri
Nombre: Esbrille

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**
D.N.I. N°: 31130611
Fecha de Nacimiento: 28-1-85

Parentesco:
Domicilio: El Dorado 1100
Localidad: San C. P.: 7mo
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:
Teléfono:

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
Vestibular								Vestibular									
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	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					78	3/2/15	
0501					115	3/2/15	
0215	31	MDS			715	3/2/15	
0715	41	MDS			215	3/2/15	
					623		

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 re-tratamiento, de ser esto posible.



Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando P. Chavab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N. 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional

