

Sistema: PMO

Asociado N°: 11691091004

Plan: PMO

Apellido: Castorino

Nombre: Natalael Tobios

Parentesco: hijo

Domicilio: Independencia 953

Localidad: Oshunia

Teléfono: 2201 - 15404752

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 39391170

Fecha de Nacimiento: 7/03/86

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernandob

M.N. / M. P.: 27009

Domicilio Consultorio: San Martin

1684 Adh. 12 Pico

Teléfono: 426015

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

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

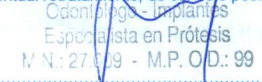
PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	36	0x		15\$ 302	12/15	*	
0219	46	0		15\$ 302	12/15	x	
0219	17	0		15\$ 302	12/15	x	

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 este posible.

+  39391170
Firma del Paciente y N° D.N.I.


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