

Sistema:

Asociado N°: 762364020

Plan:

Apellido: Balderrama Saravia

Nombre: Melise

Parentesco:

Domicilio: Sección K 141

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 47938521

Fecha de Nacimiento: 28-03-2001

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

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

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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.18	36	O	R	500	302	16-12-14	<i>[Firma]</i>
					302		

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 incurrir en negligencia e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible

[Firma] 94339496

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando B. Schwarz
Odontólogo Implantar
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99

Firma y Sello Profesional