

Sistema:

Asociado N°: 831477926

Plan:

Apellido: Portal

Nombre: Gisele

Parentesco:

Domicilio: Bo 2 Bardenas

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 44327258

Fecha de Nacimiento: 03-07-2002

C. P. :

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio: San Martín 1084

Teléfono:

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	
Vestibular																
Derecha								1	1	2	3	4	5	6	Izquierda	
5																
8															7	
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5							
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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.19	15.	0	R	500	2700	08-10-14	
02.19	16	0	R	500	2700	08-10-14	
					5400		

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

Dr. Fernando R. Schwab

Odonólogo - Implantas

..... Especialista en Prótesis.....
M.N. Firma y Sello Profesional

.....
Firma del Paciente y N° D.N.I.