

Sistema: .....

Asociado N°: 186976037

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Plan: .....

Apellido: Polanco

D.N.I. N°: 52175509

Nombre: Camila Ernesto

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 02-06-2012

Domicilio: Del Michay, 620

Localidad: Ushuaia

C. P.: .....

Teléfono: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....

Dr. Fernando R. Schwab

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

Nombre: (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
5								6									
8								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
01.01				—	105 <sup>00</sup>	10-11-14	x <i>[Firma]</i>
05.02	2da Muela Ter. Max. 1.º Dto. A			5 <sup>00</sup>	130 <sup>00</sup>	10-11-14	x <i>[Firma]</i>
	M.M. 55.002 - M.B. 0.0. 89						
	Dr. Fernando R. Schwab						
					235 <sup>00</sup>		

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.

x *[Firma]*  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

*[Firma]*  
Odonat. Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
Firma y Sello Profesional