

Sistema: .....

Asociado N°: 2252630171

Plan: .....

Apellido: Janas

Nombre: Jonina

Parentesco: .....

Domicilio: Yohuen 2405

Localidad: Ushuaia

Teléfono: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



**Odontopraxis Americana**  
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 4355935711

Fecha de Nacimiento: 16-10-2001

C. P.: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 27.009-98

Domicilio Consultorio: .....

San Juan 1684

Teléfono: .....

Derecha								Vestibular		Izquierda							
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									
5															6		
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	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.18	34	O	R.	5 <sup>00</sup>	302	22-12-18	
					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 incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser este posible

x

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando C. Schwab  
Odontólogo - Implantas  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P.: Q.D. 00  
Firma y Sello Profesional