


Sistema: OP  
Asociado N°: 1008101613023  
Plan: PRIO 20-0001

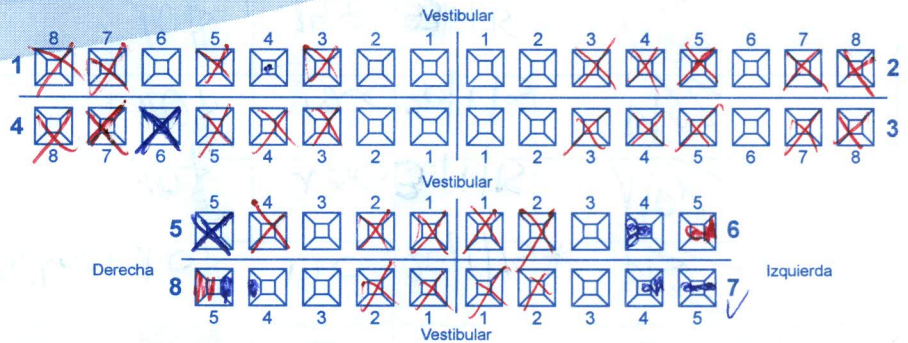
**DATOS DEL  
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Apellido: Plencovich D.N.I. N°: 453189135611  
Nombre: Alexander Greguibel  
Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 21/12/2004  
Domicilio: Osean Shmit 2830  
Localidad: ..... C. P.: .....  
Teléfono: 15647659

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....  
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
(02901) 425016  
M.N. / M. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  
Domicilio Consultorio: .....  
Teléfono: .....



**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
0202			Fviteo	10\$	120	20/1/15*	MS
0502				10\$	130	20/1/15	MBZ
0501				10\$	120	20/1/15	MBZ
1001	SS			10\$	148	20/1/15	MBZ
02.02	4	M	Fviteo	10\$		20/1/15	MBZ

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, para lo cual se establece 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 MS

Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional