

Sistema: UP  
Asociado N°: 007 98941024  
Plan: Dico 2g/Plan 0001

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Orozco D.N.I. N°: 44896540  
Nombre: Maximo  
Parentesco: Hijo Fecha de Nacimiento: 26/06/2004  
Domicilio: Rio Grande Santa Ilona 702 Chocoma 3  
Localidad: C. P.:  
Teléfono: 15614633 10070

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab  
Nombre: M.N.: 27009 M.P.O.D.: 99  
(02901) 425016  
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  
M.N. / M. P.:  
Domicilio Consultorio: San Ramón  
1684 1º Piso Dto A  
Teléfono: 425016

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
Vestibular								Vestibular									
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	6	6	5	4	3	2
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	7	6	5	4
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
0101				10 \$		14/01	X
0502				10 \$		21/01	X
0504				10 \$		21/01	X
0219	46	0		10 \$		21/01	X

## 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.

*[Firma]*  
23387372

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional

