


Cobertura: UP  
Asociado N°: 00882844000  
Plan: Platino  
Apellido: Nieto  
Nombre: Claudia

**DATOS DEL  
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 01/02/60  
Domicilio: Acagomí 1961  
Localidad: Ushuaia Provincia: TDF. C. P.: 9410  
Teléfono: 15561257

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab  
.....  
.....  
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  
.....  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
.....  
M.N. / M. P. M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
.....  
Domicilio San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  
.....  
Provincia: .....  
Localidad: .....  
Teléfono: .....

Derecha								Izquierda							
Vestibular								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								Vestibular							
5															6
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	5	4	3
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
0501					144	20/4/15	* <i>Cly</i>
0216	12	D6P			264	27/4	* <i>Cly</i>
0219	36	O			362	27/4	* <i>Cly</i>

Observaciones *Pieza dentaria (12) D6P se observo después de la primera (0501) de los xoki azul evitada, sin sintomatología.*

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 por esta causa.

\* *Cly*

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Ortodontólogo - Especialista en Ortodoncia

Ortodontólogo - Especialista en Ortodoncia

Ortodontólogo - Especialista en Ortodoncia

Ortodontólogo - Especialista en Ortodoncia

Firma y Sello Profesional