


Cobertura: Accor  
Asociado N°: 87474000  
Plan: Seriso  
Apellido: Sesi  
Nombre: Blanco

**DATOS DEL  
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**  
D.N.I. N°: 35057724

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 20-12-88  
Domicilio: 69008 977 81  
Localidad: USA Provincia: Sal C. P.: 540  
Teléfono: 1522235

**DATOS DEL PROFESIONAL**

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

Derecha								Izquierda							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Derecha								Izquierda							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7			
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			

**REFERENCIAS:** **Lápiz Azul** Tratamiento a realizar **Lápiz Rojo** Tratamiento anterior **Lápiz Verde** Selladores ☐ Coronas Cantidad de Dientes existentes .....

OPT07

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	12			107	107	22/6/15	JBS
0220	14	001	1	352	352	22/6/15	JBS
0220	17	001	1	352	352	22/6/15	JBS
				806			

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, he expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada en un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento en el futuro.

JBS

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando Schwab  
M.N.: 47.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional