

Sistema: .....  
Asociado N°: 578728 030  
Plan: PNO  
Apellido: arriola  
Nombre: meen matuzi

**DATOS DEL  
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**  
D.N.I. N°: 35 25 473

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: .....  
Domicilio: Meen y Arriola 351  
Localidad: ..... C. P.: .....  
Teléfono: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

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

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						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
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
0219	16	OM		LO	255	27/11	x <del>Frangitona</del>
0219	16	OD		LO	255	27/11	x <del>Frangitona</del>
0215	36	OU		LO	210	27/11	x <del>Frangitona</del>
0215	35	OD		LO	210	27/11	x <del>Frangitona</del>
0215	35	OU		LO	210	27/11	x <del>Frangitona</del>
					1140		

## Observaciones

Uña A 38 A)  
A Rueda A

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 esto posible

~~LOA~~

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27049 - M.P.O.D.: 99

Firma y Sello Profesional