

Sistema:

Asociado N°: 48360901

Plan:

Apellido: Dominguez

Nombre: Joel Leonel

Parentesco:

Domicilio: Leon 1902

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 44500935

Fecha de Nacimiento: 09-02-2001

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 92

Domicilio Consultorio:

San Martin 1604

Teléfono:

								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																			
								5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6									
								8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7								
								Derecha								Izquierda											
								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
02.19	65.	0	12	5 ⁰⁰	265 ⁰⁰	22-09	x
					265 ⁰⁰		

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 cualquier complicación, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro, de ser esto posible.

x

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. A. V. ...
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27009 - M.P. O.D.: 99

.....

Firma y Sello Profesional