

Sistema:

Asociado N°: 58268010191

Plan:

Apellido: Vargas

Nombre: Maximiliano

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 31-07-04

Domicilio: Sección K Maziso. Loc. 58.

Localidad: Usnaje

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 88

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 45768659

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

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.	75	O	R	500	27000	06-10-14	x
02.19	85.	O	R	500	27000		x
					54000		

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] 31639044
Firma del Paciente y N° D.N.I.

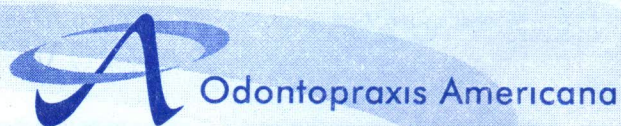
Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99
Firma y Sello Profesional

Sistema:

Asociado N°: 58268010191

Plan:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Apellido: Vargas D.N.I. N°: 45769659111

Nombre: Maximiliano

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 45.769.659-31-01-04

Domicilio: Sección K. Meaño E. Lote 58 s/n.

Localidad: Ushuaia C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schunab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio:

San Martín 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																	
Derecha								1	1	2	3	4	5	6	Izquierda		
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																	

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
02.19	84.	D-O.	R	5 ⁰⁰	270 ⁰⁰	08-10-17x	
					270 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 mi incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento, de ser este posible

Firma del Paciente y N° D.N.I. 639044

Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
Firma y Sello Profesional