

Sistema: U.S.
Asociado N°: 00749894008
Plan: PRO
Apellido: OLAZCO
Nombre: LAZARO

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 10/11/73
Domicilio: HOU HOU 1548
Localidad: C. P.:
Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: SCHWAB
Nombre: FERNANDO
M.N. / M. P.: 21009/99
Domicilio Consultorio: S. MARTIN 1684
Teléfono: 425010

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								5							
4								4							
3								3							
2								2							
1								1							

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	14	On	e		270	28/10/14	
					270		

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 no cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser este posible.

[Firma] 23387377

Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Firma]

Dr. Fernando J. Álvarez
Especialista en Prótesis
M.N. 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional