

Sistema: acoris

Asociado N°: 75670100

Plan: 8124110

Apellido: Acas

Nombre: Wreno Suelis

Parentesco: suave

Domicilio: suave 406

Localidad: San Martín

Teléfono: 1684

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 22548796

Fecha de Nacimiento: 20-11-77

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

Nombre: M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99

(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Teléfono: 1684

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
Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
5															6
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar


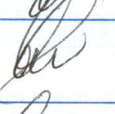

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

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
0101				-	93	5/1/15	
0209	11	1m	8	-	215	5/1/15	
0205	21	8m	2	-	215	5/1/15	
					523		

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 del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando Salazar
Odontólogo. Impartes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional