

Sistema: D2000

Asociado N°: 02400852038

Plan: 0003

Apellido: Prieto

Nombre: Blanca

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 12/06/86

Domicilio: Los Zonzoles n° 1539

Localidad: UH C. P.: 9410

Teléfono: 154850154

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 943085391

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwarz

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. od n° 99

Domicilio Consultorio: San Juan  
n° 1684 Dto 1° A

Teléfono: 425016

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
5								6							
8								7							
5								5							
Vestibular								Vestibular							

### REFERENCIAS:

Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior



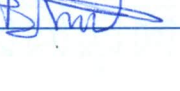
Lápiz Verde  
Selladores

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
0216	13	NP	R	15	\$193	17/10/14	X 
0215	12	P	R	15	\$193	17/10/14	^ 
0216	21	UMP	R	15	\$193	21/10/14	X 

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, pudiendo ser necesario 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 re-tratamiento, de ser esto posible.



Firma del Paciente y N° D.N.I.

Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional

