

Sistema: .....

Asociado N°: 931147110216

Plan: .....

Apellido: Portal Mantel

Nombre: Gisel

Parentesco: .....

Domicilio: Bº 2 Bandera 2020 106

Localidad: Ushuaia

Teléfono: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 44327258

Fecha de Nacimiento: 3-07-2002

C. P.: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Dr. Fernando P. Schwab

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

(02901) 425016

Nombre: San Martín 1004 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P. ....

Domicilio Consultorio: .....

Teléfono: .....

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	4	3	2	1				1	2	3	4	5	6		
8															7
5	4	3	2	1				1	2	3	4	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
							X HMD
02.15.	22	P.	R.	5	220	09-12-14	X HMD
					220		

## 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 esto posible

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

Oscar S. 990 - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99