


Sistema:
Asociado N°: 2412878001
Plan:
Apellido: Le des me
Nombre: Milagros

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**
D.N.I. N°: 48022210

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 25-02-07
Domicilio: Pda Cañadon casa 35 JCCD
Localidad: Ushuaia C. P.:
Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 90

Domicilio Consultorio: San Martin 684

Teléfono:

| Derecha | | | | | | | | Izquierda | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vestibular | | | | | | | | 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 |
| 5 | | | | | | | | 6 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | 7 | | | | | | | | | |
| Vestibular | | | | | | | | Vestibular | | | | | | | | | |

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 | 85 | O | R. | 5 ⁰⁰ | 270 ⁰⁰ | 29-09-11 | X Coronel Mariano |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | 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 en la atención, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de ser esto posible

32388.957

X Coronel Mariano

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odon. Implantas

Especialista en Prótesis

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

Firma y Sello Profesional