

Sistema: 08

Asociado N°: 0107498914024

Plan: pro.

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Orozco D.N.I. N°: 4321241980

Nombre: Giselbe Amiel

Parentesco: naya Fecha de Nacimiento: 18/01/2001

Domicilio: Rio Grande Santa Rosa 202, Obispo

Localidad: C. P.:

Teléfono: 15614633 Bonob

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Ermanno R. Schwab

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

M.N. 27.009 M.P. Q.D. 99

M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio: Son Jahn

1084 1 Pto Rto A

Teléfono: 425016

Derecha								Izquierda									
Vestibular								Vestibular									
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	3
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
5								6									
8								7									
5								5									

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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				10		17/01	<input checked="" type="checkbox"/>
0502	Fluor			10		21/01	<input checked="" type="checkbox"/>
0504	Cepillo			10		21/01	<input checked="" type="checkbox"/>
0249	36	Y		10		21/01	<input checked="" type="checkbox"/>
0505	26	O		10		21/01	<input checked="" type="checkbox"/>

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.

Dr. Fernando R. Schwab

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

Firma y Sello Profesional

Firma del Paciente y N° D.N.I.

