

Sistema: U.P. - unimétrico

Asociado N°: 097912920915

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Plan: .....

Apellido: Fernández

D.N.I. N°: 43551943511

Nombre: Diego Esteban

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 15/11/01

Domicilio: Ciudad Nueva

n° 1933

Localidad: U.S.A.

C. P.: 940

Teléfono: 422968

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

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

Domicilio Consultorio: .....

Teléfono: .....

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

Derecha Izquierda

**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
0191				\$15	\$83	6/2/15	X Bernardino Colirro
0501				\$15	\$110	12/2/15	X Bernardino Colirro

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

X Bernardino Colirro

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando J. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en .....  
M.N. 24.105 - M.P. 0.00.29

Firma y Sello Profesional