

Sistema: .....

Asociado N°: 699920027

Plan: .....

Apellido: Gonzalez

Nombre: Evan

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 15-09-2002

Domicilio: Pto Argentino 1211

Localidad: Ushuaia

C. P.: .....

Teléfono: .....



Odontopraxis Americana

### DATOS DEL PACIENTE

D.N.I. N°: 942365491

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27009 - M.P. O.D.: 99

(02901) 425016

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

Domicilio Consultorio: .....

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
Vestibular								Vestibular									
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	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
07.01				-	105 <sup>00</sup>	13-02-15	Juan B/f
05.02				5 <sup>00</sup>	130 <sup>00</sup>	13-02-15	Juan B/f
					235 <sup>00</sup>		

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 retatamiento, de ser esto posible

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo Implantas  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.000 - M.P. O.I.L. 1.00  
Firma y Sello Profesional