

Sistema: .....

Asociado N°: 2412978001

Plan: .....

Apellido: Ledesma

Nombre: Milagros Abigail

Parentesco: .....

Domicilio: Be Cañadon cose 35 secc. D

Localidad: Ushuaie

Teléfono: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 48022210

Fecha de Nacimiento: 25-02-07

C. P.: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 20

Domicilio Consultorio: San Martin 1604

Teléfono: .....

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

**REFERENCIAS:**

OPT07

Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior

Lápiz Verde  
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

| Código de Prestación | Pieza dentaria | Obturación Ubicación | Obturación Material | Valor a Cargo del Paciente | Valor Total       | Fecha    | Conformidad Paciente Tratamiento Terminado |
|----------------------|----------------|----------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|----------|--|
| 02.01.               |                |                      |                     | -                          | 93 <sup>00</sup>  | 10-08-14 | X Coronel Maricela                         |
| 05.02                |                |                      |                     | 5 <sup>00</sup>            | 110 <sup>00</sup> | 10-08-14 | X Coronel Maricela                         |
|                      |                |                      |                     |                            |                   |          |  |
|                      |                |                      |                     |                            |                   |          |  |
|                      |                |                      |                     |                            |                   |          |  |
|                      |                |                      |                     |                            | 203 <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 no cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser este posible.

X Cronel Ronimo 32388.957  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional