

Sistema:

Asociado N°: 698820035

Plan:

Apellido: Gonzalez

Nombre: Sabrina

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 3-4-2006

Domicilio: Pto Argentino 1211

Localidad: Ushuaia

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

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

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 46334488

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

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
07.01				-	105 ⁰⁰	13-02-15	<i>Juan B. P.</i>
05.02				5 ⁰⁰	130 ⁰⁰	13-02-15	<i>Juan B. P.</i>
					235 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 e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible

Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

.....
Firma del Paciente y N° D.N.I.

.....
Firma y Sello Profesional

