

Sistema: .....

Asociado N°: 783609151

Plan: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: ..... D.N.I. N°: 4750093511

Nombre: Joel Dominguez

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 09-02-2007

Domicilio: Levin 1962

Localidad: Ushuaia C. P. : .....

Teléfono: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

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
1															2
4															3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Vestibular								Vestibular							
5															6
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	5	4	3
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
02.18	55.	0-7	R.	500	27000	20-10-11x	<i>[Signature]</i>
					27000		

## 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 tratamiento, de ser este posible.

*[Signature]*  
 x *[Signature]* DNI. 25.428.174  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo - Implantes  
 Especialista en Prótesis  
 M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99  
 Firma y Sello Profesional



Sistema: .....

Asociado N°: 7836090151

Plan: .....

Apellido: Dominguez

Nombre: Joel

Parentesco: .....

Domicilio: Leiva 1962

Localidad: Ushuaia

Teléfono: .....

# DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 4758893511

Fecha de Nacimiento: 09-02-2007

C. P.: .....

## DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P.: 09

Domicilio Consultorio: .....

San Martin 1604

Teléfono: .....

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															
								5								6							
								1								2							
								3								4							
								5								6							
								7								8							
								9								10							
								11								12							
								13								14							
								15								16							
								17								18							
								19								20							
								21								22							
								23								24							
								25								26							
								27								28							
								29								30							
								31								32							
								33								34							
								35								36							
								37								38							
								39								40							
								41								42							
								43								44							
								45								46							
								47								48							
								49								50							
								51								52							
								53								54							
								55								56							
								57								58							
								59								60							
								61								62							
								63								64							
								65								66							
								67								68							
								69								70							
								71								72							
								73								74							
								75								76							
								77								78							
								79								80							
								81								82							
								83								84							
								85								86							
								87								88							
								89								90							
								91								92							
								93								94							
								95								96							
								97								98							
								99								100							

## 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
02.19	85	O	R	500	27000	13-10-14	X
					27000		

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 tratamiento de ser esto posible

X  DNI 25428174  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando N. S. ...  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.006 M.P.: 99  
Firma y Sello Profesional