

Sistema:

Asociado N°: 182291059

Plan:

Apellido: Gonzalez

Nombre: Magali

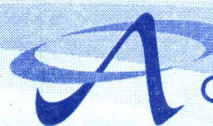
Parentesco:

Domicilio: Alen 3723

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 50124495

Fecha de Nacimiento: 01-07-2010

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P.: 89

Domicilio Consultorio:

San Juan 1684

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															
Derecha								Izquierda							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
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
02.16	51	U-M	R.	500	19300	29-09-11	X gonzalez Victoria
				19300			

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 gonzalez Victoria
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. J. P. A. Esteban
Odontólogo - Implantos
Especialista en Prótesis
MAY 1998 - M.P. 100.000
Firma y Sello Profesional