

Sistema:

Asociado N°: 213815049

Plan:

Apellido:

Nombre:

Parentesco:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 44564305

Fecha de Nacimiento: 20-09-2003

C. P. :

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Dr. Fernando R. Schwab

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

Nombre:

(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P.

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
5								6									
8								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
02.19	85.	0	e	5 ⁰⁰	320 ⁰⁰	14-11-14	mmoref.
02.16	21	P.	e.	5 ⁰⁰	220 ⁰⁰	14-11-14	mmoref.
					540 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

mmoref

Firma del Paciente y N° D.N.I.
DNI 20806682

Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo - Implantas
Especialista en
Firma y Sello Profesional
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99