

Cobertura: Acero

Asociado N°: 78326300

Plan: Dorsal

Apellido: Pera

Nombre: esru

Parentesco: 12 de 1920

Domicilio: USA

Localidad: USA

Teléfono: 905

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 25435122

Fecha de Nacimiento: 18-2-77

C. P.: 8410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

Nombre: M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99
(02901) 425016

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

Domicilio Consultorio:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

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							

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0720	47	0JM	D	10	352	17/6/15	
0720	16	0J	D	10	352	17/6/15	
0720	20	0J	D	10	352	17/6/15	
0101					102		
					1158		

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

.....
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

.....
 Firma y Sello Profesional