

Sistema: P70 - UP.

Asociado N°: 282407015

Plan: 20 - 0001

Apellido: Galarze

Nombre: Brian

Parentesco:

Domicilio: Av. 178 -

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 46462946

Fecha de Nacimiento: 16 - 01 - 2005

C. P.:

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio: San Martín 1684

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

### REFERENCIAS:

OPT07


Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior

Lápiz Verde  
Selladores

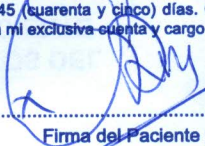
Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.19	85	D.	←	5 <sup>00</sup>	270 <sup>00</sup>	25-09	x 
					270 <sup>00</sup>		

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 éxito posible.

 3650962  
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