

Sistema:

Asociado N°: 8724290101

Plan:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Gomez Franco Davis D.N.I. N°: 46334299

Nombre: Uriel

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 24-01-06

Domicilio: 1 de Mayo 248

Localidad: Ushuaie C. P.:

Teléfono:

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:

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

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

OPT07

PROFESIONAL

Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
10.01	85			5 ⁰⁰	148 ⁰⁰	23-02-15	x [Signature]
09.01.01	85.			5 ⁰⁰	50 ⁰⁰	23-02-15	x [Signature]
					198 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

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

Especialista en Protesis
M.N.: 21709 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional