

Sistema: JP.
Asociado N°: 002094370109
Plan: Onico 216m0002
Apellido: Ramirez
Nombre: Guillermo
Parentesco: toxi 829
Domicilio: 25husia
Localidad: 424142
Teléfono: 424142

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 17459768

Fecha de Nacimiento: 31/10/65

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N. / M. P. M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
Domicilio Consultorio:
Teléfono:

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

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
1009	38			\$10	215	10/2	<i>[Signature]</i>
0104	38			\$10	93	06/2	<i>[Signature]</i>

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

[Signature]
 Especialista en Prótesis
 09 - M.P. O.D.: 99

.....
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

.....
 Firma y Sello Profesional