


Cobertura: UP- P70  
Asociado N°: 024106551035  
Plan: 20-0001- P70  
Apellido: Huayta  
Nombre: Releu

**DATOS DEL  
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 2-10-210  
Domicilio: AvuKa 2007  
Localidad: Ushuaia Provincia: T. del Fuego C. P.: 940  
Teléfono: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....  
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
(02901) 425016  
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  
M.N. / M. P. ....  
Domicilio Consultorio: .....  
Provincia: .....  
Localidad: .....  
Teléfono: .....

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

**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
02.16	S2	D-V-M.	R	5 <sup>00</sup>	246 <sup>00</sup>	08-05-15X	/
					246 <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 esta pieza.

*[Firma]* 42877-04

Firma del Paciente y N° D.N.I.

*[Firma]* Dr. Fernando R. Scawab

Odontólogo - Implantos

Especialista en Prótesis

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

Firma y Sello Profesional