

Sistema: 100025

Asociado N°: 82114000

Plan: General

Apellido: Jato

Nombre: Jensu

Parentesco: .....

Domicilio: Unipolar 1620

Localidad: Uy

Teléfono: .....

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 27145226

Fecha de Nacimiento: 71-1-18

C. P.: 800

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

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

Domicilio Consultorio: .....

Teléfono: .....

Derecha								Izquierda									
Vestibular								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
5								6									
8								7									
Vestibular								Vestibular									

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
0101					XX	3/2/14	
9201							
					XX		

## 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 re-tratamiento de ser esto posible

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

Dr. Carlos N. Schwab  
Especialista en Prótesis  
M.N. 27.009 - M.P. Q.D.: 99