

Sistema:

Asociado N°: 753597026

Plan:

Apellido: Gomez

Nombre: Abel Alejandro

Parentesco:

Domicilio: Bo Obreno

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 43219941

Fecha de Nacimiento: 2-03-2001

C. P. :

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 27.009-99

Domicilio Consultorio:

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

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

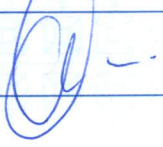
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

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
02.15	23	U.	R.	500	220	16-12-14	
					8200		

Observaciones

.....

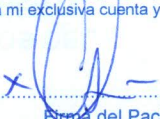
.....

.....

.....

.....

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 este posible


Firma del Paciente y N° D.N.I.


Dr. Fernando ...
Odontólogo - Implantólogo
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
Firma y Sello Profesional