

Sistema: .....

Asociado N°: 182201067

Plan: .....

Apellido: Gonzalez

Nombre: Victoria

Parentesco: .....

Domicilio: Alem 3723

Localidad: Ushuaia

Teléfono: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 36514740

Fecha de Nacimiento: 14-10-91

C. P.: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....

Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27009 - M.P. O.D.: 99

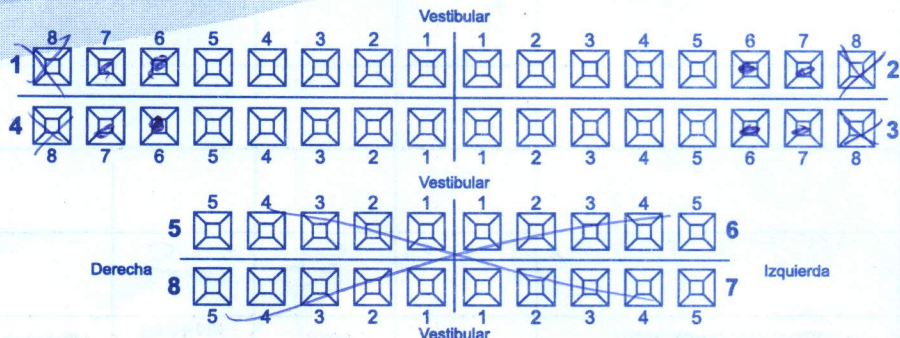
Nombre: (02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A.

M.N. / M. P. ....

Domicilio Consultorio: .....

Teléfono: .....



**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
01.01.				5 <sup>00</sup>	93	16-12-14	x gonzalez victorio
					93 <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 retatamiento, de ser esto posible

x gonzalez victorio  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Gonzalo J. V. V.  
 Especialista en Prótesis  
 M.N.: 27.109 - M.P. O.D.: 89  
 Firma y Sello Profesional