

Sistema:

Asociado N°:

762364929

Plan:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

OPAM S.A.

Apellido:

Balderrama

D.N.I. N°:

47938521

Nombre:

Melise.

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

25-05-2004

Domicilio:

Dº Escandido case 141

Localidad:

Usuaia

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre:

Dr. Fernando R. Schwab

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

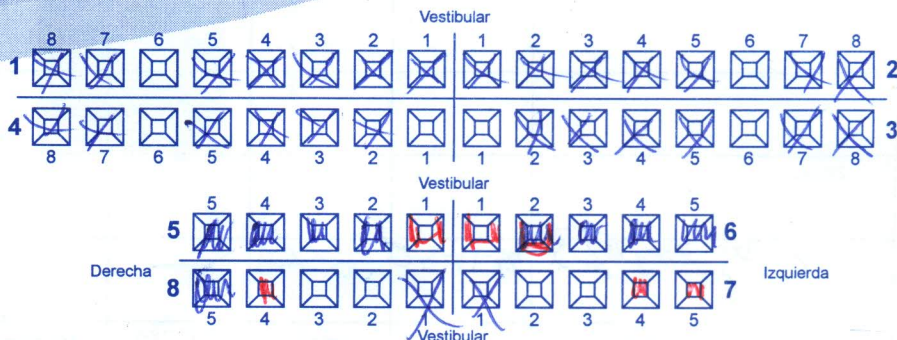
(02901) 425016

M.N. / M. P.

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A..

Domicilio Consultorio:

Teléfono:



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
07.01				—	105 ⁰⁰	24-11-14	X <i>EnFracia</i>
					105 ⁰⁰		

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 tratamiento, de ser necesario.

Dr. Fernando B. Sosa
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis

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

EnFracia 94339496
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional