

Sistema:

Asociado N°: 758486000

Plan:

Apellido: Rouano

Nombre: Mehas

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 12-11-84

Domicilio: Antonio Livacic 844

Localidad: Tolhuin C. P.:

Teléfono: 02901-15516823

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

San Juan 1604

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 31115602

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															6
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
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
01.04.10.2 (11)		V-P-I		1500	118	22-09-14	X
					11800		

Observaciones

Fractura Coronaria

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, lo seré, si es posible

31.115.603

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odon. de Urgentes
Especialista en Ortodoncia
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional