

Sistema:

Asociado N°: 7536609111

Plan:

Apellido: Quaquinchay

Nombre: Jesus

Parentesco:

Domicilio: Bº Waiken Coso

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 96616342

Fecha de Nacimiento: 25-04-2005

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 40

Domicilio Consultorio:

San Juan 1684

Teléfono:

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	6	7	8	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
02.19	SS	O.	R.	5 ⁰⁰	270 ⁰⁰	28-08-14	
					270 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 cumplimiento en esta, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible.

33460155

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando A. Schwab
Especialista en Prótesis
M.N.: 27009 - M.P.: 99

Firma y Sello Profesional