


Sistema: ACORDO SAUD  
Asociado N°: 1004121751010102  
Plan: DOLADO

**DATOS DEL  
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Apellido: CATACATA D.N.I. N°: 39993548  
Nombre: CRISTIAN JOSE  
Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 26/04/85  
Domicilio: G. ARGENTINO 1075  
Localidad: ..... C. P.: .....  
Teléfono: 15562874

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....  
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  
M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99  
(02901) 425016  
San Martin 1684 Piso 1 Dpto. A  
M.N. / M. P. ....  
Domicilio Consultorio: .....  
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
5								6							
8								7							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	5	4	3	2	1	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
0220	46	ODL	R	15	270	16/01/15	
					270		

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 esto posible

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando S. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional