


Cobertura: Accord P. Doreco
Asociado N°: 02437956024
Plan: 20-0003

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Apellido: Alvarez D.N.I. N°: 51302167
Nombre: Condehe
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 02-09-2011
Domicilio: Rio Ewan 2905
Localidad: Ushuaia Provincia: T. del Fuero C. P.: 9410
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 Martin 1684 Piso 1 Dpto. A
Domicilio Consultorio:
Provincia:
Localidad:
Teléfono:

Derecha								Vestibular		Izquierda								
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
4															3			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
								Vestibular										
								5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
5															6			
8															7			
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5									
								Vestibular										

REFERENCIAS: ☒ **Lápiz Azul** Tratamiento a realizar ☒ **Lápiz Rojo** Tratamiento anterior ☒ **Lápiz Verde** Selladores ☐ **Coronas** Cantidad de Dientes existentes

OPT07

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					126 ⁰⁰	08-05-15	
					126 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 retratamiento, de ser el caso.


 36552329

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. S. ...
 Odontólogo / Implantes
 Especialista en Prótesis

M.N.: 27.000 - M.P.C.D.: 99

Firma y Sello Profesional