

Sistema: UP

Asociado N°: 100808167049

Plan: 20-0002

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Urazoneb Nobelia

D.N.I. N°: 38496951111

Nombre: Nobelia Andrea

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 24.11.94

Domicilio: De la Estancia 2776 <sup>Pto 2</sup> Bio P. Ps

Localidad: Ushuaia C. P.: 0410

Teléfono: 15477916

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....

Nombre: .....

Dt. Fernando R. Schwab

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

M.N. / M. P. (02901) 425016

Domicilio Consultorio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

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
Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
8															
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			

**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
019				\$10	\$102	14/5/15	x <i>[Signature]</i>
0219	26	0	R	\$10	\$352	21/5/15	x <i>[Signature]</i>
0219	16	0	R	\$10	\$352	26/5/15	x <i>[Signature]</i>

## 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 de la infección, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro, de ser esto posible.

*[Signature]* 38.406.991  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

*[Signature]*  
Especialista en Prótesis  
M.M.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
Firma y Sello Profesional