

Sistema: aceros

Asociado N°: 2414153410611

Plan: Donante

Apellido: Gerena

Nombre: Rosa Gerena

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 7-11-85

Domicilio: 1401 1401 1549

Localidad: C. P. :

Teléfono:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 31496511

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Settem

Nombre: Gerena

M.N. / M. P. 1401

Domicilio Consultorio: San Juan de los Rios

Teléfono: 424010

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

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

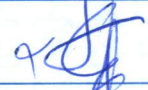

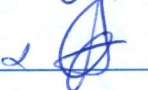
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

PARA USO PROFESIONAL

| Código de Prestación | Pieza dentaria | Obturbación Ubicación | Obturbación Material | Valor a Cargo del Paciente | Valor Total | Fecha | Conformidad Paciente Tratamiento Terminado |
|----------------------|----------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|-------------|-------|---|
| 0104102 | | | | | 112 | 30/10 |  |
| 1001 | 24 | | | | 115 | 30/10 |  |
| 070710 | 45 | Q | R | | 265 | 30/10 |  |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 reintegro de la pieza, de ser esto posible.


Firma del Paciente y N° D.N.I.
31896581


Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009
Firma y Sello Profesional 99