


Sistema: Accor2ol Salud
Asociado N°: 0124119198888888
Plan: Platino / 0202

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**
OPAM S.A.

Apellido: Figuerola D.N.I. N°: 31505913911
Nombre: Matias
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 30/06/85
Domicilio: Salvador Vocacional 2085 Dto C
Localidad: C. P.:
Teléfono: 15417.124.

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwarz
Nombre: Fernando
M.N. / M. P. 27009
Domicilio Consultorio: San Martin
1684 Pso1 Pto A
Teléfono: 425016.

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

Derecha Izquierda

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
0101					\$ 83	28/10/14	X
0501					\$ 110	28/10/14	X
0901	24				\$	28/10/14	X
10 020	24				\$ 130	28/10/14	X

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 este posible.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N. 27109 - M.P. O.D. 99
Firma y Sello Profesional