

Sistema:

Asociado N°: 1145280034

Plan:

Apellido: Del Pino Miranda

Nombre: Leonel

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 9-8-2008

Domicilio: Av. 3924

Localidad: Usulután

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwob

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio: San Martín 1604

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 22489696

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									
5								5									
4								4									
3								3									
2								2									
1								1									

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
02.19	75	0	R	500	27000	15-10-11	
					27000		

Observaciones

.....

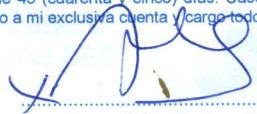
.....

.....

.....

.....

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 tratamiento de Schwartz



Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99
Firma y Sello Profesional