

Sistema:

Asociado N°: 711P268043

Plan:

Apellido: Julian

Nombre: Jonathan Ezequiel

Parentesco:

Domicilio: Chubut 1812

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 451698103

Fecha de Nacimiento:

C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Scheab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio: San Martin 1604

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						

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

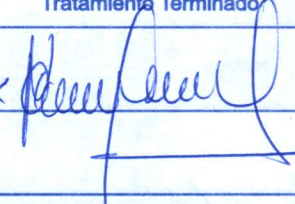
Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

OPT07

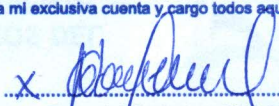
PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
07.01				-	93.00	26-09-14	X 
					93.00		


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 el incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible

X 

 Firma del Paciente y Nº D.N.I.



 Firma y Sello Profesional