

Sistema: Dewool

Asociado N°: 0124109852036

Plan: 003

Apellido: Prieto

Nombre: Blanca

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 12/06/80

Domicilio: Los Zonzoles

n° 1539

Localidad: Ush

C. P.: 9410

Teléfono: 15485954

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 94398539

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

M.N. / M. P. ....

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio: .....

Teléfono: .....

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	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	45	OD	R	\$ 15	\$297	7/11/14	x 
0220	47	OM	R	\$15	\$207	21/11/14	x 
0501					\$115	27/11/14	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 esto posible

x 

Firma del Paciente y N° D.N.I.

  
 Dr. Fernando R. Schwab  
 Odontólogo - Implantes  
 Especialista en Prótesis  
 Firma y Sello Profesional