

Sistema:

Asociado N°: 2400852910

Plan:

Apellido: Gallard, Pneto.

Nombre: Roco.

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 23 - 02 - 2007.

Domicilio: Zorzoales, 1539.

Localidad: Ushuaia, C. P. :

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwob

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 98

Domicilio Consultorio: San Martín 1684

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE

 Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 47588975

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							
5								6							
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
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
07.01				5 ⁰⁰	93 ⁰⁰	20-10-14	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 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

M.N.: 27. Firma y Sello Profesional