

Cobertura: Acord Salud

Asociado N°: 654457012

Plan: 20 0003

Apellido: Vazquez

Nombre: Ismael

Parentesco: .....

Domicilio: Aven 2819

Localidad: Usuaio

Teléfono: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



**Odontopraxis Americana**

D.N.I. N°: 48118081

Fecha de Nacimiento: 14-07-2007

Provincia: T. del Fuero C. P.: 9410

**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: .....

Provincia: .....

Localidad: .....

Teléfono: .....

**REFERENCIAS:**

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

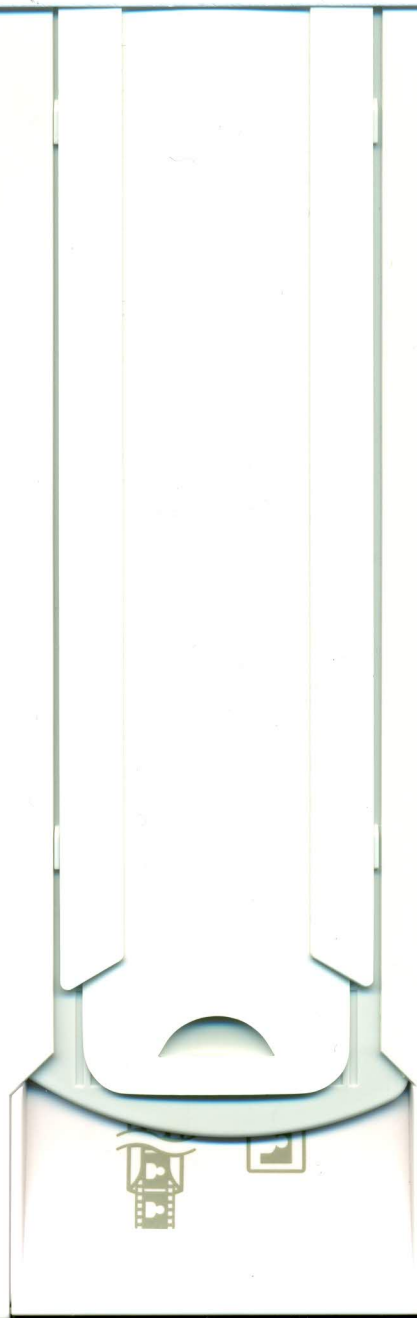
**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

☐  
Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

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



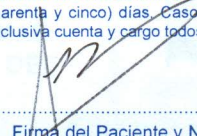
# PARA USO PROFESIONAL

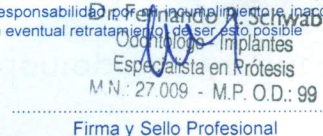
Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
07.01					126 <sup>00</sup>	01-07-15	X
					126 <sup>00</sup>		

## 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 eventual deterioro de la pieza, 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.

  
 .....  
 Firma y Sello Profesional

