

Sistema: Arrow Densode

Asociado N°: 000211623059

Plan: 20-3

Apellido: Santoro

Nombre: Luis

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 12/1/96

Domicilio: 1206 Odome n° 1157

Localidad: Ushuaia

C.P.: 9410

Teléfono: 15410742

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwob

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. od n° 99

Domicilio Consultorio: San Martín

n° 1684 1° A

Teléfono: 425016

DATOS DEL
PACIENTE

Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 39180074

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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
0104	48			\$15	\$88	7/11/14	X <i>Saulana</i>
090101	48			\$15	\$45	7/11/14	X <i>Saulana</i>
0219	17	0	R	\$15	\$297	7/11/14	X <i>Saulana</i>
0219	17	0	R	\$15	\$297	7/11/14	X <i>Saulana</i>

Observaciones 48 - gercio
obtenido

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, no ser esto posible

Saulana

 Firma del Paciente y N° D.N.I.

R. Schwab
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.009 - M.P.: O.D.: 99

 Firma y Sello Profesional