

Cobertura: UP - PMO  
Asociado N°: 024065571035  
Plan: 20-0001 UP PMO

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Apellido: Huayta D.N.I. N°: 51302451  
Nombre: Iselen Marina  
Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 2-10-2010  
Domicilio: Anuka 2007  
Localidad: Ushuaia Provincia: T. del Fuego C. P.: 9410  
Teléfono: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....  
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
(02901) 425016  
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  
M.N. / M. P. ....  
Domicilio Consultorio: .....  
Provincia: .....  
Localidad: .....  
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
Vestibular								Vestibular							
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6				
Derecha								Izquierda							
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	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
02.20	S4	M-O-D	R.	5 <sup>00</sup>	362 <sup>00</sup>	04-06-15	/
02.16	S2	U-P	R	5 <sup>00</sup>	362 <sup>00</sup>	04-06-15	/
02.16	S1	V-P	R.	5 <sup>00</sup>	362 <sup>00</sup>	04-06-15	/
				1086 <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 por el profesional dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por cualquier inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser este posible.

*[Firma]*  
 94287769

Firma del Paciente y N° D.N.I.

*[Firma]*  
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional