

Sistema: Aerod Donat

Asociado N°: 009192325007

Plan: 20-003

Apellido: E. L. S. S. Quexaco

Nombre: Felix Alexander

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 30/6/76

Domicilio: San Martín 937 DTC

Localidad: USH

C. P.: 9710

Teléfono: 134081013

# DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana  
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 948088161

## DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: .....

Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
(02901) 425016

M.N. / M.S.P. San Martín 1004 Fiso. 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio: .....

Teléfono: .....

Diagrama de dientes con numeración y marcas de tratamiento:

Superior (Derecha a Izquierda): 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2

Superior (Izquierda a Derecha): 4 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3

Superior (Vestibular): 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6

Superior (Vestibular): 8 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 7

Diagrama de dientes con numeración y marcas de tratamiento:

Superior (Derecha a Izquierda): 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2

Superior (Izquierda a Derecha): 4 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3

Superior (Vestibular): 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6

Superior (Vestibular): 8 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 7

## 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
0219	48	0	R	\$15	\$297	19/12/14	X <i>[Signature]</i>
0219	38	0	R	\$15	\$297	20/12/14	X <i>[Signature]</i>
0501				\$15	\$115.	22/12/14	X <i>[Signature]</i>

**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, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, en el caso posible.

*[Signature]* 94808816  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

*[Signature]*  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N. 67.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional