

Cobertura: W

Asociado N°: 845569012

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Plan: Cune

Apellido: García

D.N.I. N°: 38976532

Nombre: Silvia

Parentesco: Esposa Fecha de Nacimiento: 25-04-84

Domicilio: Quelén

Localidad: USH Provincia: 905 C. P.: 8400

Teléfono: 1555 8888

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Schwab

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: .....

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

**REFERENCIAS:**

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior




**Lápiz Verde**  
Selladores

☐  
Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

OPT07


# 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	4x				102	17/6	
0501					134	17/6	
0218	15	0			352	17/6	
	36	0	No dentada ser.				X
					588		

## Observaciones

48 21/7/2016

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 de ser este posible.

 38076596  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

 Odontólogo - Implantar  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.019 - M.P. O.D.: 99  
Firma y Sello Profesional