

Sistema:

Asociado N°: 11452800261

Plan:

Apellido: Del Pino

Nombre: Agustina

Parentesco:

Domicilio: Alen 3927

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 93981419

Fecha de Nacimiento: 1-12-2002

C. P. :

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio: San Martín 1684

Teléfono:

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

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

.....

.....

.....

.....

.....

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 retratamiento de ser este posible.

M.N.: 27.000 M.P. O.D.:

Firma y Sello Profesional