


Sistema:
Asociado N°: 00802501 003
Plan: Dorde
Apellido: Funes
Nombre: Cesar
Parentesco: Wife 18
Domicilio: Ushuaia
Localidad: Ushuaia
Teléfono: 1552 05 89

**DATOS DEL
PACIENTE**

 Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: D1962472
Fecha de Nacimiento: 7/2/86

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:
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:
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															
								5								6							
								8								7							
								5								4							
								1								1							
								2								3							
								4								5							
								1								2							
								3								4							
								4								5							
								5								6							
								6								7							
								7								8							
								8								9							
								9								10							
								10								11							
								11								12							
								12								13							
								13								14							
								14								15							
								15								16							
								16								17							
								17								18							
								18								19							
								19								20							
								20								21							
								21								22							
								22								23							
								23								24							
								24								25							
								25								26							
								26								27							
								27								28							
								28								29							
								29								30							
								30								31							
								31								32							
								32								33							
								33								34							
								34								35							
								35								36							
								36								37							
								37								38							
								38								39							
								39								40							
								40								41							
								41								42							
								42								43							
								43								44							
								44								45							
								45								46							
								46								47							
								47								48							
								48								49							
								49								50							
								50								51							
								51								52							
								52								53							
								53								54							
								54								55							
								55								56							
								56								57							
								57								58							
								58								59							
								59								60							
								60								61							
								61								62							
								62								63							
								63								64							
								64								65							
								65								66							
								66								67							
								67								68							
								68								69							
								69								70							
								70								71							
								71								72							
								72								73							
								73								74							
								74								75							
								75								76							
								76								77							
								77								78							
								78								79							
								79								80							
								80								81							
								81								82							
								82								83							
								83								84							
								84								85							
								85								86							
								86								87							
								87								88							
								88								89							
								89								90							
								90								91							
								91								92							
								92								93							
								93								94							
								94								95							
								95								96							
								96								97							
								97								98							
								98								99							
								99								100							

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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				\$15	\$83	15/1/15	X
0216	23	PD		\$15	\$193	29/1/15	X
0220	24	NO			\$265		

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 no cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro en el menor tiempo posible.

Odontólogo
Especialista en Prótesis
M.N.: 27009 - M.P. O.D.: 99

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional