

Sistema:

Asociado N°: 1452800341

Plan:

Apellido: Del Pino Girando

Nombre: Leonel

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 9-8-2008

Domicilio: Adu 3924

Localidad: Ushuaia

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwob

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio:

San Juan 684

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 22788694

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	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
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
02.19	85	O	R	500	27000	30-9-14	X
					27000		

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 el incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual re-tratamiento, de ser esta posible

X *[Firma]*
 93981420
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Especialista en Protesis
 M.N.: 27.009 - M.P. O.N.: 99
[Firma]
 Firma y Sello Profesional