

Sistema: .....

Asociado N°: 7275510028

Plan: .....

Apellido: Cata Cota

Nombre: Valesca

Parentesco: .....

Domicilio: Gen dame Arg

Localidad: Ushuaia

Teléfono: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 445164235

Fecha de Nacimiento: 25-08-2003

C. P.: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio: .....

San Juan 1684

Teléfono: .....

Derecha								Izquierda									
Vestibular								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
5								6									
8								7									
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
05.02				5 <sup>00</sup>	130 <sup>00</sup>	13-11-14 X	
				1012	130 <sup>00</sup>		

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 e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento que sea necesario.

Firma del Paciente y N° D.N.I. 3093518

Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
Firma y Sello Profesional