

Sistema: .....

Asociado N°: 718268027

Plan: .....

Apellido: Galan

Nombre: Silen Ximene Rogali

Parentesco: .....

Domicilio: Chubut. 1912

Localidad: Ushuaia

Teléfono: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 416864288

Fecha de Nacimiento: 26-05-2008

C. P.: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 99

Domicilio Consultorio: .....

San Martin 1684

Teléfono: .....

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

**REFERENCIAS:**

OPT07

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

○  
Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

# SO PROFESIONAL

de ción	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
10.01.	61			300	12500	15-09-14	x [Signature]
01.01.01.	61			500	3800	15-09-14	x [Signature]
					16300		

## 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, no ser este posible

x [Signature] 26.000.496  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
Firma y Sello Profesional