

Sistema: Accuris  
Asociado N°: 899234999  
Plan: 76000  
Apellido: Beltrán  
Nombre: Juan Carlos Beltrán

**DATOS DEL  
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**  
OPAM S.A.

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 8-12-71  
Domicilio: 1521 Avda 165  
Localidad: ..... C. P.: .....  
Teléfono: 15531546

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Beltrán  
Nombre: Juan Carlos  
M.N. / M. P.: 24008  
Domicilio Consultorio: San Martín 1655  
Teléfono: 15531546

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
Derecha								Izquierda							
5	4	3	2	1	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8
5															
8															
5	4	3	2	1	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8
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
0104/12					12	3-10	
0801	12				32	3-10	
020201	12	03	R		265	3-10	

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 endodómicamente 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 tratamiento de ser este posible.

2615432  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

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