


Sistema: Dansow
Asociado N°: 00922662008
Plan: 20-0003
Apellido: Cori
Nombre: Justina
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 20/4/84
Domicilio: Yowen n° 2756
Localidad: Uyá C. P.: 9410
Teléfono: 15497682

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 30896784

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															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	5	4	3	2
Vestibular															
Derecha								Izquierda							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	5	4	3
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Vestibular															

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

☐
Coronas

Cantidad de Dientes existentes

Observaciones pol n° 15, se -ol
 20/05/2020

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional