

Cobertura: Acces

Asociado N°: 83456789

Plan: Problemas

Apellido: Comandante

Nombre: Superior

Parentesco:

Domicilio: 10000000 200

Localidad: 1000

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 25146120

Fecha de Nacimiento: 23-5-70

Provincia: FSS C. P.: 5400

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

Nombre: R. 27.009 - M.P. O.D.: 99
(02901) 425016

M.N. / M. P.: San Pedro 1684 Piso 1° Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

☐
Coronas

Cantidad de Dientes existentes

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

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
9104	38			2	112	25/6/15	
					112		

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 de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi inactividad e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de este tipo.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

Dr. Roberto A. Schwab
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99