

Sistema: UP PMO

Asociado N°: 001182201059

Plan: PMO

Apellido: Gonzalez

Nombre: Wanda Rogali

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 01/07/2010

Domicilio: Aem 3723

Localidad: Ushuaia

C. P.: 9410

Teléfono: 15447926

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando


M.N. / M. P. 29

Domicilio Consultorio: .....

San Martin 1684

Teléfono: .....

### DATOS DEL PACIENTE

 Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 30124495

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
Vestibular																	
Derecha								1	1	2	3	4	5	6	Izquierda		
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
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
02-16	61.	U-D	R.	500	19300	15-02-14	Kagmaly Victoria
					19300		

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, de ser esto posible

Kagmaly Victoria  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

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