

Sistema: Acus
Asociado N°: 658698021
Plan: Surco
Apellido: Lopez
Nombre: Ruben

DATOS DEL
PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°:

48688010

Parentesco: Fecha de Nacimiento:
Domicilio: esquina y l. de la casa 076
Localidad: es. 4 C. P.: Surco
Teléfono: 1556 6523

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:
Dr. Fernando R. Schwab
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
Nombre: (02901) 425016
San Martín. 1684. Piso 1. Dpto. A
M.N. / M. P.
Domicilio Consultorio:
Teléfono:

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

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar





Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

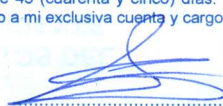
Cantidad de Dientes existentes

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				40	48	24/11	
0507				40	125	24/11	
0509	10	0		40	65	24/11	
0701				10	105	24/11	
					323		

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 el cumplimiento de la acción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible.

 30774772

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando A. Solís
Odontólogo Implantar
Especialista en Prótesis
M.N. 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional