

Sistema: Accord Dorado

Asociado N°: 00670398003

Plan: Dorado

Apellido: Contreras

Nombre: Quel Elias

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 26/04/79

Domicilio: Holl Holl 1808

Localidad: Ushuaia

C. P.: 9410

Teléfono: 15511220

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 27354587

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando R

M.N. / M. P. 27.009 - 089

Domicilio Consultorio: San Martín

1684 Piso 1 Dto A

Teléfono: 425016

Derecha								Izquierda									
Vestibular								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
5								6									
8								7									
Vestibular								Vestibular									

### REFERENCIAS:

Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior




Lápiz Verde  
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

OPT07

**PARA USO PROFESIONAL**

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	37	COY	Estético	\$10	\$270	07/10/14	
0219	27	O	Estético	\$10 (a favor)	270	24/10/14	
0220	47	OM	Estético	\$10	270	31/10/14	

**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 este posible.



Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando S. Schiavab  
 Odontólogo - Implantes  
 Especialista en Prótesis  
 M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99

Firma y Sello Profesional