

Sistema: Accord Dental

Asociado N°: 00689698013

Plan: 24-0003

Apellido: Sotelo

Nombre: Belén

Parentesco:

Domicilio: Calle de Audencia

Localidad: USA

Teléfono: 1547 1416

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

D.N.I. N°: 3123607731

Fecha de Nacimiento: 10/6/86

m° 129

C. P.: 0410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99

(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

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
Vestibular								Vestibular									
5								6									
8								7									
Vestibular								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	Con Trat
0104	26			\$15	\$78	28/1/15	
090101	26			\$15	\$38	28/1/15	

Observaciones

26, Restauración
requerida, se -o- a te.
Se -o- a te c' A+B y
análisis de

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 endodómicamente 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.

32360773

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99