

Sistema: P. Plafino

Asociado N°: R 81941004

Plan:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana
OPAM S.A.

Apellido: Pallete Reyes,

D.N.I. N°: R 3277719

Nombre: Natalia

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 25-04-89

Domicilio: Austral 2532

Localidad: Ushuaia

C. P. :

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martin 1684 Piso 1 Dpto. A

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
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	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
01.01				5 ⁰⁰	93 ⁰⁰	17-12-14	x
05.01				5 ⁰⁰	120 ⁰⁰	17-12-14	x
08.02				5 ⁰⁰	132 ⁰⁰	17-12-14	x
				345 ⁰⁰			

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, declaro expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada, pudiendo hacerlo 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

Dr. [Firma]
Especialista en Fisiología
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

x 9323319
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional