


Sistema:

Asociado N°: 001452800034

**DATOS DEL
PACIENTE**

 Odontopraxis Americana

Plan:

Apellido: Del Pino Miranda

D.N.I. N°: 22789694

Nombre: Leonel

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 9-8-2008

Domicilio: Alca 3927

Localidad: Usnaja

C. P. :

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Sanjib

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 92

Domicilio Consultorio:

San Martín 1684

Teléfono:

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

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar



Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

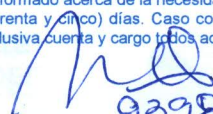
Cantidad de Dientes existentes

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.19	SS	O.	R.	500	27000	08.01.14x	
05.02.				500	11500	08.01.14x	
					30500		

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

x 
93981420

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis

Materia y Sello Profesional