

Cobertura: Dorado Accord Selva

Asociado N°: 16RSB01053

Plan: Dorado

Apellido: Dvila

Nombre: Mia

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 23-12-2008

Domicilio: 640 viviendas Tro 12 A 2B

Localidad: Ushuaia Provincia: T. del fuego C. P.: 9410

Teléfono:

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:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

 Coronas

Cantidad de Dientes existentes

Vestibular

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

Vestibular

5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6

Derecha Vestibular Izquierda

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					126 ⁰⁰	01-01-15	x
05.02				5 ⁰⁰	151 ⁰⁰	01-01-15	x
					277 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, 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 tratamiento de emergencia.

[Firma]
14321036

Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Firma]
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.000 - M.P.: O.D.: 99

Firma y Sello Profesional