

Cobertura: Accord. Salud.

Asociado N°: 542193020

Plan: Dorado.

Apellido: Corbalan

Nombre: Ezequiel.

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 29-04-2008

Domicilio: Vito Domes. 133.

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

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 95

Nombre: (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

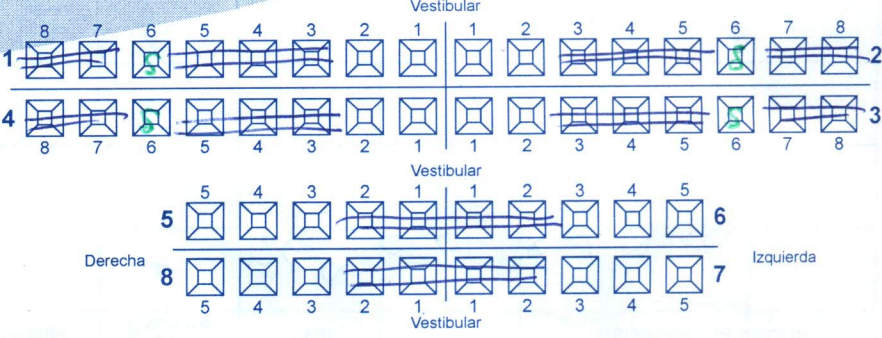
Cantidad de Dientes existentes

DATOS DEL PACIENTE

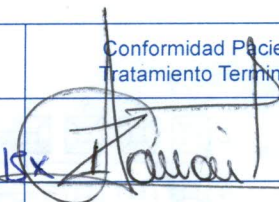


Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 416809551111

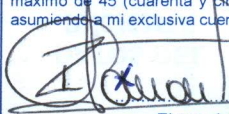


PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
07.01				-	126 ⁰⁰	01.07.18	
					126 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 retratamiento, de ser esto posible

 26089834
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
Firma y Sello Profesional
M.N.: 271709 - M.P.: O.D.: 00