

Sistema: ACORD SAUD  
Asociado N°: 02 429432000

Plan: PLATINO

Apellido: ESPINO

Nombre: FLORENCIA TAVEL

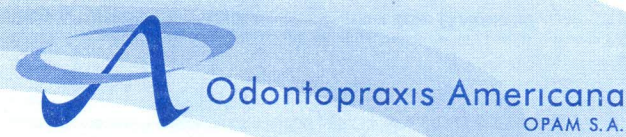
Parentesco: .....

Domicilio: MENDOZA 2669

Localidad: .....

Teléfono: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



D.N.I. N°: 393351184

Fecha de Nacimiento: 26/12/88

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27009 - M.P.: 0.D.: 99

M.N. / M. P. (02901) 425015

Domicilio San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Teléfono: .....

Derecha								Izquierda							
Vestibular								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
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
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
0101				-	93	24/10/14	
0220	26	ED	R	-	302	24/10/14	
					395		

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, deo expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada oportunamente 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 re-tratamiento, de ser esto posible.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

M.N. 27.009 - M.P. 000