

Sistema: Acreditado

Asociado N°: 0021623059

Plan:

Apellido: Santana

Nombre: Juan

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 12/1/96

Domicilio: 12 de octubre n° 1157

Localidad: Ushuaia

C. P.: 9410

Teléfono: 15419742

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27.009 - M.P.: 0.D.: 99

Nombre: (02901) 425016
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

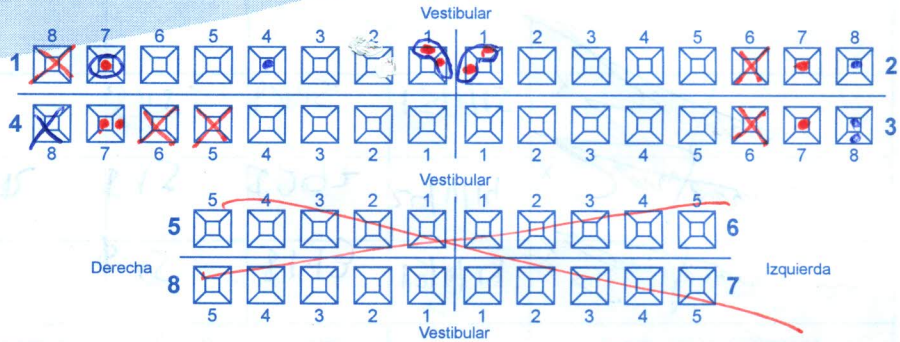
M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE

D.N.I. N°: 391180074



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
1001	48			\$ 15	\$ 143	13/01/14	x <i>Santana</i>
0220	38	OU	R	\$ 15	\$ 297	20/11/14	x <i>Santana</i>
0501				\$ 15	\$ 115	15/11/15	x <i>Santana</i>

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 ser necesario.

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

Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N. 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional