

Sistema: UP
 Asociado N°: 901179169610212
 Plan: PRO
DATOS DEL PACIENTE
 Apellido: VELASQUEZ GIRARD D.N.I. N°: 40184441311
 Nombre: JULIANA ANDREA
 Parentesco: Fecha de Nacimiento: 14/07/98
 Domicilio: S. Luis 2359
 Localidad: C. P.:
 Teléfono: 19602311

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: SCHWAB
 Nombre: FERNANDO
 M.N. / M. P. 27-009/99
 Domicilio Consultorio:
S. MARTIN 1684
 Teléfono: 425016

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
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								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
0104102	36			15	118	10/09/14	Juliana Velasquez
							Dr. Fernando R. Curwab Odontólogo - Implantes Especialista en Prótesis M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
					118		

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

JULIANA

40894443

Firma del Paciente y N° D.N.I.

M.N.

Firma y Sello Profesional