

Sistema: VP- Accord

Asociado N°: 6889299271

Plan: 0003 Accord Dento

Apellido: Gonzalez

Nombre: Juan

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 15-09-2002

Domicilio: Pto Argentinno 1211

Localidad: Ushuaie C. P.: 9410

Teléfono:



DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

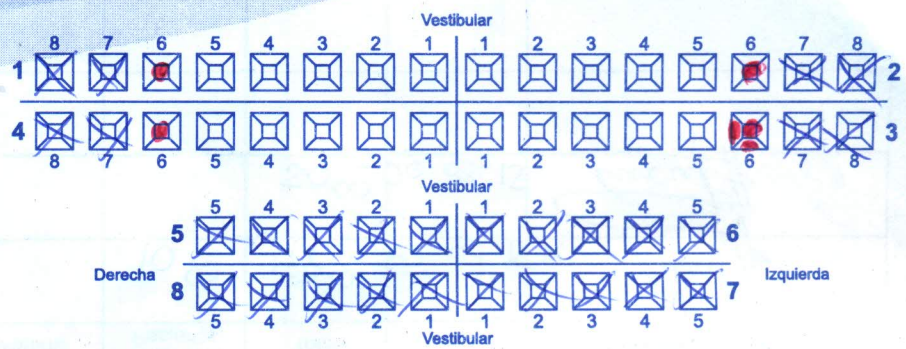
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99
(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Teléfono:



REFERENCIAS: **Lápiz Azul** Tratamiento a realizar **Lápiz Rojo** Tratamiento anterior **Lápiz Verde** Selladores  Coronas Cantidad de Dientes existentes

OPT07

ESIONAL

dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
01.04			10 ⁰⁰	93 ⁰⁰	20-03-15x	<i>[Signature]</i>
09.01.01				50 ⁰⁰	20-03-15	<i>[Signature]</i>
				143 ⁰⁰		

Observaciones

Pte revite
 molestia elemento
 46. Se indica
 Anal gésico y control.

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

[Signature]
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo - Implantas
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
 Firma y Sello Profesional