

Sistema: Arrendo Dinámico

Asociado N°: 02400952002

Plan: 20 0003

**DATOS DEL
PACIENTE**



Apellido: gaillard y D.N.I. N°: 29139519

Nombre: Juan Gabriel

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 05/11/81

Domicilio:

Localidad: ursh C. P.: 0410

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schmidt

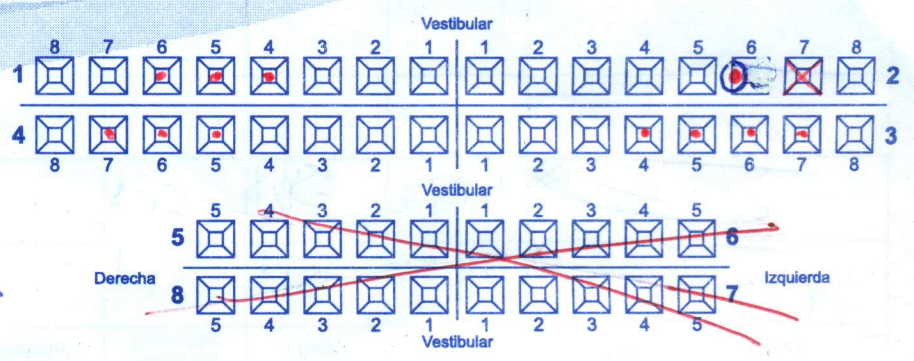
Nombre: Fernando

M.N. / M. P. od n° 99

Domicilio Consultorio: San Mateo

1684 Dto 1° A

Teléfono: 425016



REFERENCIAS: **Lápiz Azul** **Lápiz Rojo** **Lápiz Verde** **Coronas** **Cantidad de Dientes existentes**

OPT07 Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				\$ 15	\$ 288	30/9/14	<input checked="" type="checkbox"/>
0501				\$ 15	\$ 115	30/9/14	<input checked="" type="checkbox"/>

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 cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento, de ser esto posible

[Firma] 23/08/14

Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional