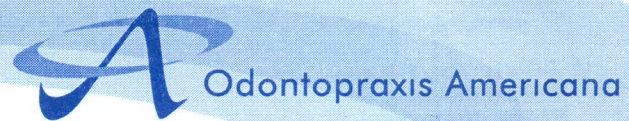


Sistema: UP- P10  
Asociado N°: 241065570214  
Plan: 20-0001 UP. P10.

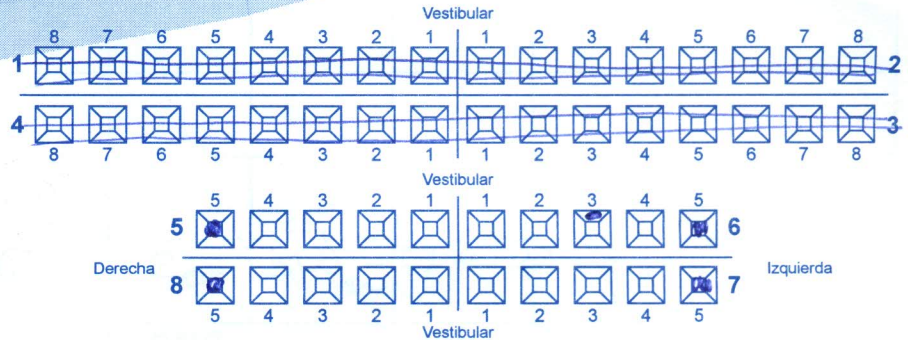
**DATOS DEL  
PACIENTE**



Apellido: Huayta D.N.I. N°: 4848161312911  
Nombre: Constanza  
Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 25-07-2009  
Domicilio: Anul 2a 2007  
Localidad: Ushuaia C. P.: 9410  
Teléfono: 15488482

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....  
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  
M.N.: 27009 - M.P. O.D.: 99  
(02901) 425016  
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  
M.N. / M. P. ....  
Domicilio Consultorio: .....  
Teléfono: .....



**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
02.19.	85	0	R	5 <sup>00</sup>	302 <sup>00</sup>	21-03-15	
					302 <sup>00</sup>		

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 de cualquier eventual retratamiento, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser este posible.

Dr. Fernando R. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99



Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional