

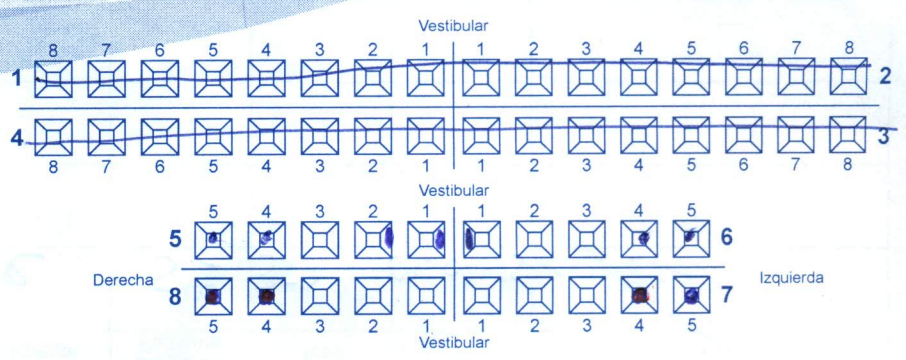
Cobertura: 20-0003 Accord Dorado.  
 Asociado N°: 02437956024  
 Plan: Dorado.  
 Apellido: Alvarez, Munoz.  
 Nombre: Condele  
 Parentesco: Fecha de Nacimiento: 2-09-2011.  
 Domicilio: Rio Edueen, 2905.  
 Localidad: Usmeia Provincia: T. del Fuero C. P.: 9410  
 Teléfono:



**DATOS DEL PACIENTE**

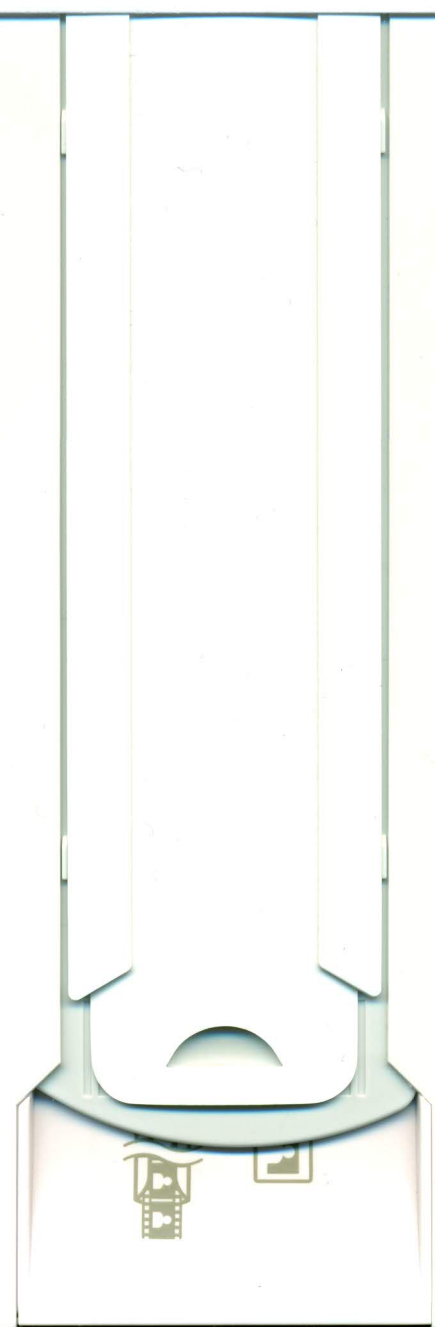
**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....  
 Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
 M.N. / M. P. (02901) 425016  
 Domicilio Consultorio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  
 Provincia: .....  
 Localidad: .....  
 Teléfono: .....




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

OPT07      Tratamiento a realizar      Tratamiento anterior      Selladores      Coronas



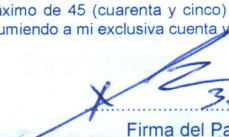
# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.19	05	O	E.	5 <sup>00</sup>	357 <sup>00</sup>	01-07-15	
					357 <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 por mi incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible

  
 36552539  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab  
 Odontólogo - Implantes  
 Especialista en Prótesis  
 M.N.: 27045 y S.M.P. Profesional