

Cobertura:
Asociado N°: 006891496012

Plan: P10

Apellido: SANTILLAN

Nombre: LORENA BEATRIZ

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 11/05/83

Domicilio: ALEN 3937

Localidad: Provincia: C. P. :

Teléfono: 15459142

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:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

DATOS DEL PACIENTE

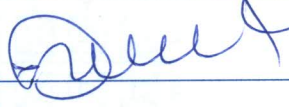


Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 2991033791

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
Vestibular															
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															

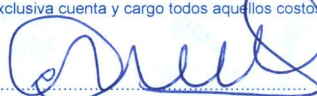
PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0004				15	93	20/05	
					93		

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, he 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 inacción e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retiro de la pieza.



Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando A. Schwab

Odontólogo Implantar Especialista en Prótesis

M.N. 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional