

Sistema: Accord Salud

Asociado N°: 006574510115

Plan: Dorado (23) 0003

Apellido: Olmedo

Nombre: NORTIA Elizabeth

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 11/09/84

Domicilio: Suberanio Nacional 2752 Losa B.

Localidad: ..... C. P. : .....

Teléfono: 15405271

**DATOS DEL PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 311072410111

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

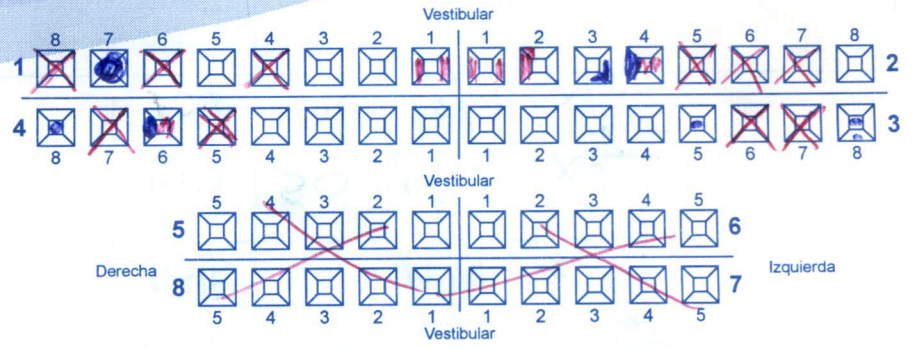
M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99

(02901) 425016

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

Domicilio Consultorio: .....

Teléfono: .....



**REFERENCIAS:**

OPT07

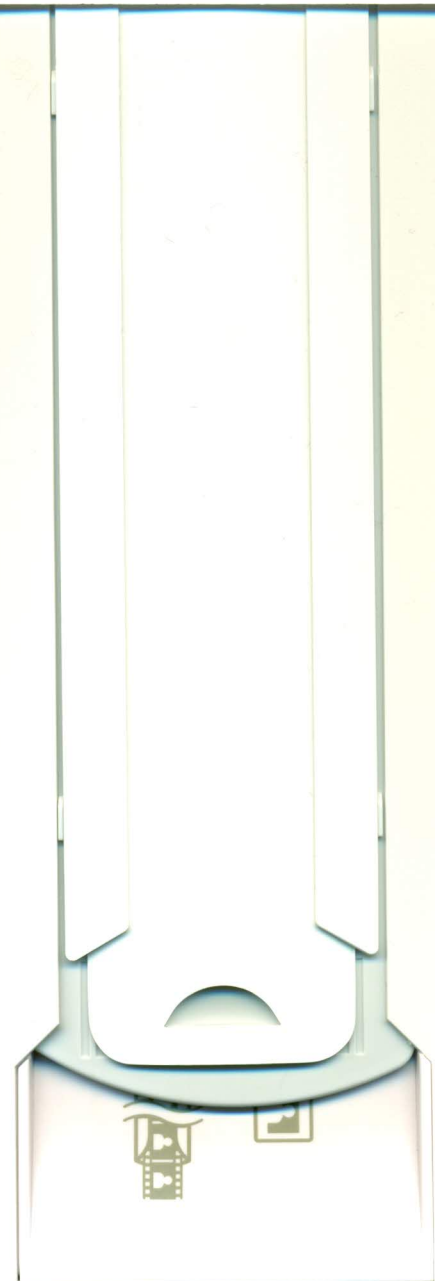
**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....



# PARA USO PROFESIONAL

| Código de Prestación | Pieza dentaria | Obturbación Ubicación | Obturbación Material | Valor a Cargo del Paciente | Valor Total | Fecha | Conformidad Paciente Tratamiento Terminado |
|----------------------|----------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|-------------|-------|--------------------------------------------|
| 0101 ✓               |                |                       |                      | 10\$                       | 93          | 13/01 | X                                          |
| 0901 ✓               | 23-24          |                       |                      | 10\$                       | 80          | 16/1  | X                                          |
| 0215 ✓               | 23             | D/P                   |                      | 10\$                       | 220         | 16/01 | X                                          |
|                      |                |                       |                      |                            |             |       |                                            |
|                      |                |                       |                      |                            |             |       |                                            |
|                      |                |                       |                      |                            |             |       |                                            |

## 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 .... un eventual tratamiento de ....

Firma del Paciente y N°

Notaria  
0301 (21)  
Arcand Dorob.

Notaria  
0901 (24)  
Arcand Dorob.