

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
1001	17			\$15	\$170	13/4/15	<input checked="" type="checkbox"/>
0501				\$15	\$134	21/4/15	<input checked="" type="checkbox"/>
0219	18	7	12	\$15	\$352	21/4/15	<input checked="" type="checkbox"/>

Observaciones pol n° 17, Se indicó Retratamiento, no se puede realizar, se indicó Exodoncia

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 tratamiento de ser esto posible

Dr. Fernando S. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis

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

Firma y Sello Profesional

Firma del Paciente y N° D.N.I.