

Cobertura: UP - A Costa Salud

Asociado N°: 00635863018

Plan: Dora 21-0003

Apellido: Valdez

Nombre: Celie

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

25/09/70

Domicilio:

Lincon Bague 958

Localidad:

Vsh

Provincia:

T. del F.

C. P.:

9410

Teléfono:

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Dr. Fernando R. Schwab

Nombre:

M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
(02901) 425016

M.N. / M. P.

San Martín 1684 Piso I Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

### REFERENCIAS:

Lápiz Azul

Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo

Tratamiento anterior

Lápiz Verde

Selladores

Coronas




Cantidad de Dientes existentes

Derecha								Izquierda							
Vestibular								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

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
5															
8												7			
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
061				20	102	17/6/15	
0302	il			20	538	17/6/15	
0220	16	OU	R	20	352	17/6/15	
					992		

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 de la naturaleza de 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 este posible.

Dr. Fernando R. Schwab  
M.N.: 27.009 M.P.O.D.: 99

(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

