

Cobertura:

Asociado N°: 14250018

Plan:

Apellido: Pulgarino

Nombre: Ernesto

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 5-8-86

Domicilio: Avda 3811

Localidad: Villa Provincia: Pds C. P.: 860

Teléfono:

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



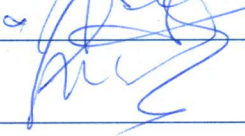

DATOS DEL PACIENTE

Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 93951470

Derecha								Izquierda							
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							
								Vestibular							
5															6
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
								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
0216	37	03	7	10	97	16/6/15	
0215	35	0	2	10	249	16/6/15	
0101				20	249	16/6/15	
0501				10	129	16/6/15	
					724		

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 incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.009 - S.M.B. Profesional

