

Sistema: UP-P70

Asociado N°: 5621878011

Plan: 0001-P70

Apellido: Rios

Nombre: Dylan Axel

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 27-06-2006

Domicilio: Remedios de Escalada 1279

Localidad: Ushuaia C. P.: 9410

Teléfono: .....

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

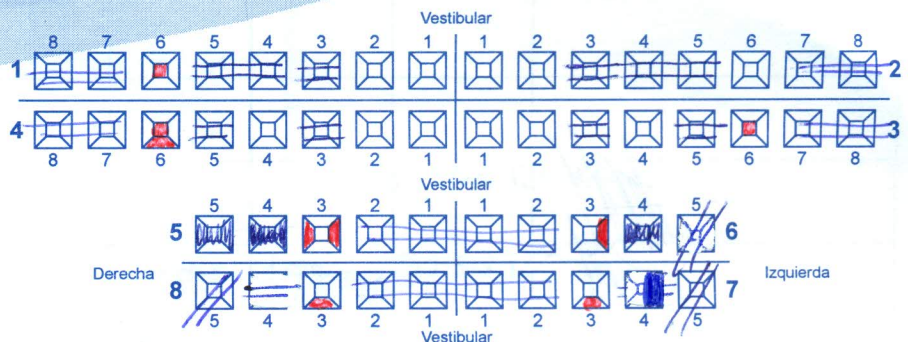
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

M.N. / M. P.: San Martin 2064 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 .....

# FESIONAL

Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
10.01	85		500	14800	27-03-15	<input checked="" type="checkbox"/>
09.01.01	85.				27-03-15	<input checked="" type="checkbox"/>
				14800		

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 de la misma, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de ser este posible.

X  34674502.  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

  
Dr. Fernando R. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
Firma y Sello Profesional