

Sistema: Acuerdo Salud

Asociado N°: 000168561005

Plan: Donaco 22/0003

Apellido: Terrer

Nombre: Nayib Fared

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 12/01/62

Domicilio: Indio Yomoros 1450

Localidad:

C. P.:

Teléfono: 443694

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schaw

Nombre: Fernando

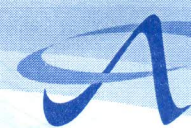
M.N. / M. P. 27009

Domicilio Consultorio: San Bethin

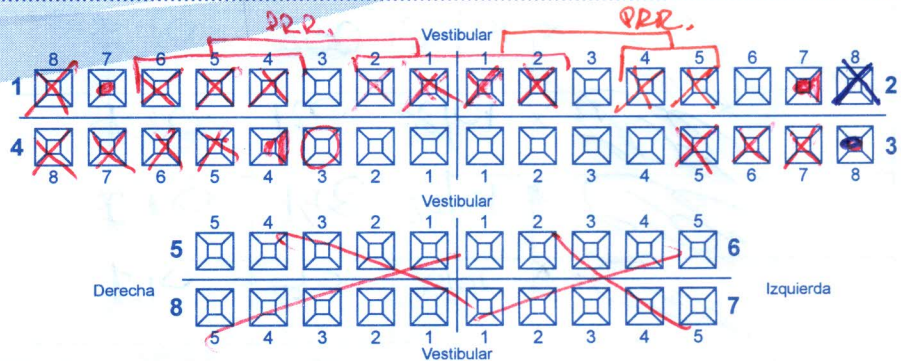
1684

Teléfono: 425016

DATOS DEL PACIENTE

 Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 14777959



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	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				\$10	93	23/01	x 
1001	28			\$10	148	23/01	x 
0501				\$10	120	28/01	x 
0701	38	OL		\$10	300	30/01	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 costos de un eventual retratamiento, de ser este posible.

*

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schifano

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

M.N.: 27.009 M.P. Q.D.: 99

Firma y Sello Profesional

