

Sistema: Amal Plotter

Asociado N°: 099799052000

Plan: 20-0202

Apellido: Noonil

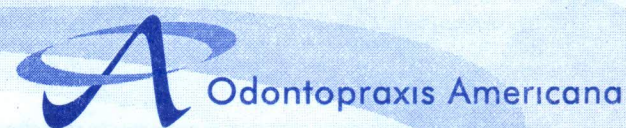
Nombre: Silma

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 31/10/79

Domicilio: Sebastián Noonil n° 2732

Localidad: Ush C. P.: 9410

Teléfono: 1560 5016



### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

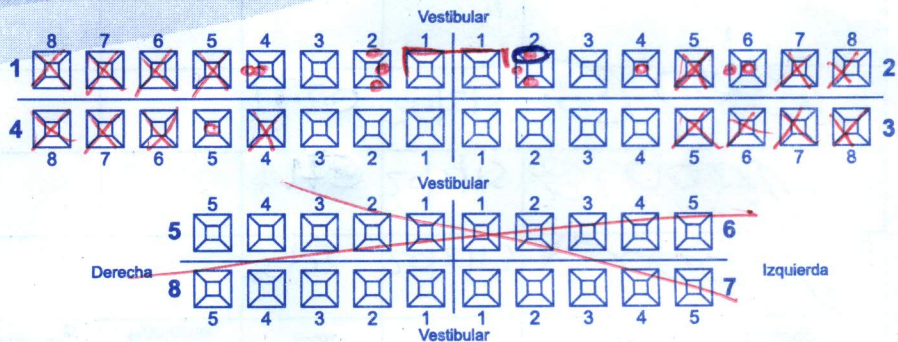
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

M.N. / M. San Martín 1684 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 .....

# 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					\$93	20/2/15	Sloguil
0501					\$120	20/2/15	Sloguil
0216	22	MV			\$220	26/2/15	Sloguil

## 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 esto posible

*Sloguil*  
Firma del Paciente y N° D.N.I.  
27580375

Dr. Fernando R. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
Firma y Sello Profesional: 99