

Cobertura: Platino

Asociado N°: 811223003

Plan: 21-0202

Apellido: Gentiz

Nombre: Ezequiel

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 18/8/83

Domicilio: Sobremano Nacional 2644

Localidad: Uruguay Provincia: T. Fuego C. P.: 9410

Teléfono: 156 7742

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre:

M.N. / M. P. Dr. Fernando R. Schwab

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

Provincia: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

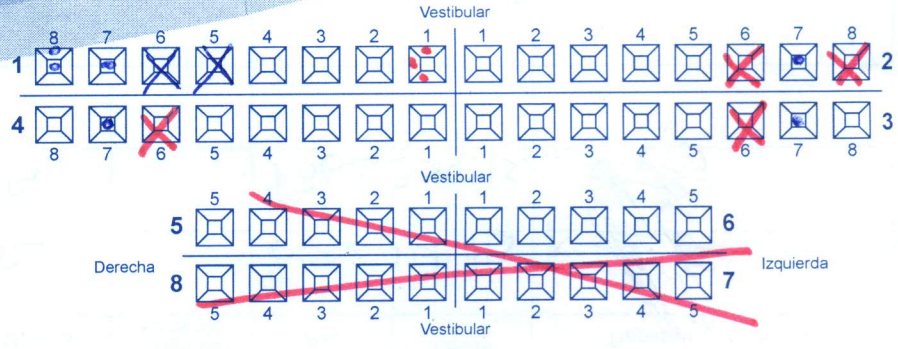
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores


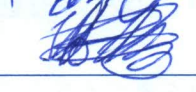
☐
Coronas

Cantidad de Dientes existentes

DATOS DEL PACIENTE




PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0219	37	O	R		\$362	16/4/15	X 
0219	27	O	R		\$362	30/4/15	

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 re-tratamiento de la pieza tratada.

X  3187927

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando B. Schwab
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional