

Cobertura: UP

Asociado N°: 00887844000

Plan: Acord Salud Patentes

Apellido: Nieto

Nombre: Claudia Torreal

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 04/02/66

Domicilio: Acigormi 1961

Localidad: Provincia: C. P. :

Teléfono: 15561237

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

M.N.: 27.009 - M.P.: O.D.: 99

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:

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°: 17784426

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
4	3	2	1	8	7	6	5	5	4	3	2	1	8	7	6
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	8	7	6	1	2	3	4	5	6	7	8
Vestibular								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
0104	37.			- \$93		20/3/19	x Chy.
1001	37.			\$148		25/3/15	x Chy.
0220	15	OD		\$202		31/3/15	x Chy.
0220	16	OM		\$202		31/3/15	x Chy.

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 el tratamiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual re-tratamiento, de ser esto posible.

* Chy.

Firma del Paciente N° D.N.I.

Dr. Roberto R. Schwab
Especialista en Prótesis
- M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional