

Cobertura: UP - PMO.

Asociado N°: 56287801

Plan: 0001 PMO. -

Apellido: Rios

Nombre: Dylan Axel

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 27-06-2006

Domicilio: Remedios de Escalada 1279

Localidad: Ushuaia Provincia: T. del Fuego C. P.: 9410

Teléfono:

#### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

#### REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior

Lápiz Verde  
Selladores

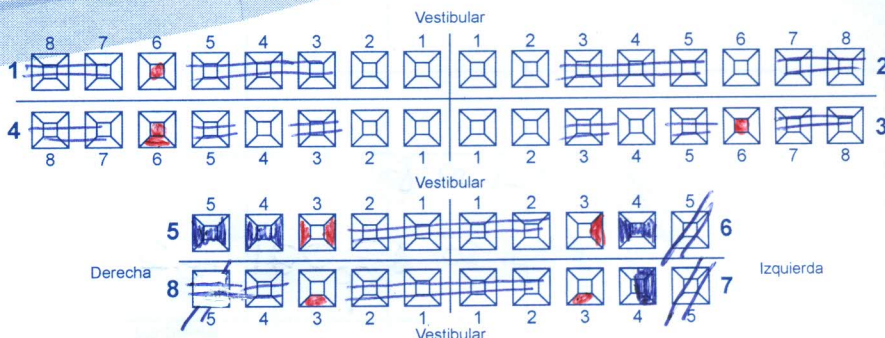
Coronas

Cantidad de Dientes existentes

#### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana



Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
10.01	55(r.r)			5 <sup>00</sup>	180 <sup>00</sup>	08-05-15	X
09.01.01	55(r.r)					08-05-15	X
					180 <sup>00</sup>		

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 tratamiento que sea este posible.

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

Dr. Fernanda R. Schwan  
 Odontólogo - Implantes  
 Especialista en Prótesis  
 M.N.: 27009 - M.P. O.D.  
 Firma y Sello Profesional