

Cobertura: Donado

Asociado N°: 60577696007

Plan: 22-3

Apellido: Cuchi

Nombre: Ramiro

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 19/5/88


Domicilio: Fuente 183

Localidad: Ushuaia

Provincia: T. Fuego C. P.: 9410

Teléfono: 15502056

DATOS DEL PACIENTE

 Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 33688014

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

M.N. S.M.P. (02901) 425016

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

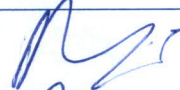

Cantidad de Dientes existentes

Derecha								Izquierda							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
5								6							
8								7							

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
0101				\$15	\$102	23/4/15	x 
0219	25	D		\$15	\$352	28/4/15	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, en un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi inculperación e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de ser esto posible.

 33688014

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando A. Schvab
Odontólogo
Especialista en Prótesis
M.N.: 27009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional