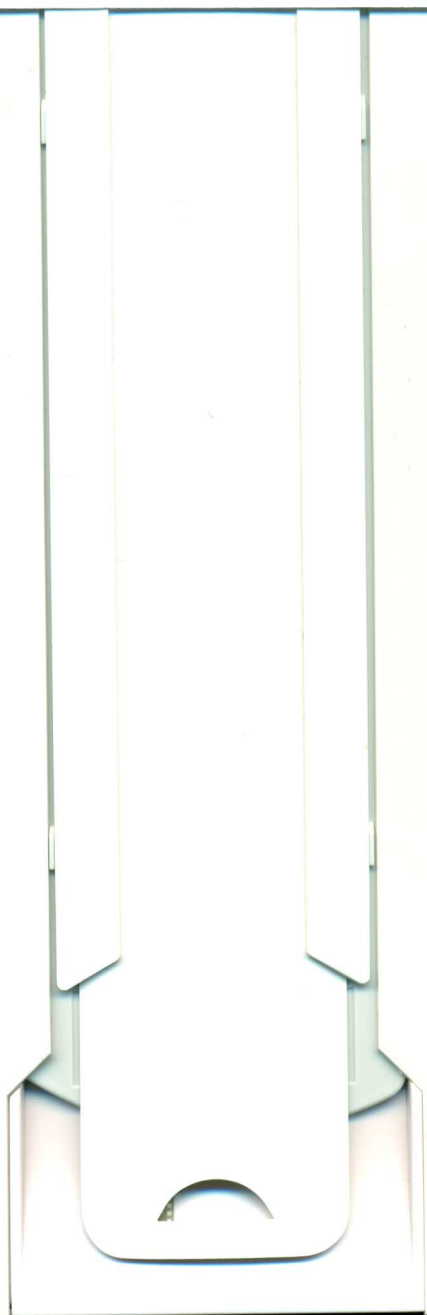


Sistema: Acces
 Asociado N°: 0072363005
 Plan: Dono
DATOS DEL PACIENTE
 Apellido: Oyarzo D.N.I. N°: 24548702
 Nombre: Forcer Leo
 Parentesco: Fecha de Nacimiento: 31-7-75
 Domicilio: Av. Vial
 Localidad: Vial C. P.: 8400
 Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL
 Apellido: Schwab
 Nombre: Dr. Fernando R. Schwab
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 M.N. / M. P. 27.009 - M.P. O.D.: 99
 Domicilio Consultorio: Av. Vial 41
 Teléfono: 400000

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

REFERENCIAS: **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
1001	22			10	130	30/8	

Extracción

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.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando A. Schwab
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.099 M.P.C.D.: 99
 Firma y Sello Profesional

