

Sistema: ACCORD SPW

Asociado N°: 1019517451810006

Plan: DOLADO

Apellido: SANCHEZ

Nombre: DOMICA ULIANA

Parentesco: P. NOLENO 2253 Fecha de Nacimiento: 06/06/80

Domicilio: P. NOLENO 2253

Localidad: 15474074 C. P.:

Teléfono: 15474074

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

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

Nombre: (02901) 425016

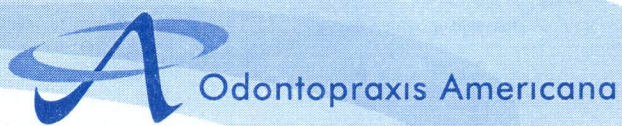
San Martín 1684 Piso 1 Dpto: A

M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



D.N.I. N°: 2812211421

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

REFERENCIAS:

OPT07

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
0100				15	93	27/02	
					93		

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.

M.N.: 27009 - M.P. O.D.: 99

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional