

Cobertura: UP

Asociado N°: 755248009

Plan: PMO

Apellido: Ulucchi

Nombre: Fernando Deulo

Parentesco: PMO

Domicilio: P. Urda +63. 509

Localidad: US 4

Teléfono: 15905036

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 28757801

Fecha de Nacimiento: 2-2-83

Provincia: 995

C. P.: 840

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

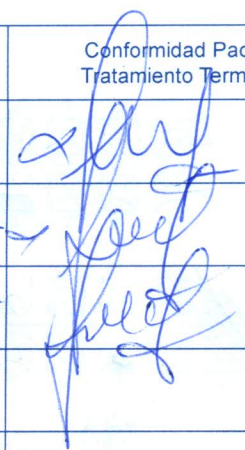
Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

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
Vestibular															
Derecha															
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	Izquierda				
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	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
5701				2	91	16/6/15	
0215	14	0	1	1	148	16/6/15	
0215	15	9	2	20	278	16/6/15	
					595		

Observaciones

.....

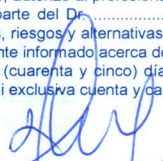
.....

.....

.....

.....

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del D..... 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 y de que el tratamiento odontológico dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por el retraso en el tratamiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retraso en el tratamiento de ser esto posible.



Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando A. Schwab
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional