


Sistema: UP PMO.  
Asociado N°: 24065571027  
Plan: 20-0001

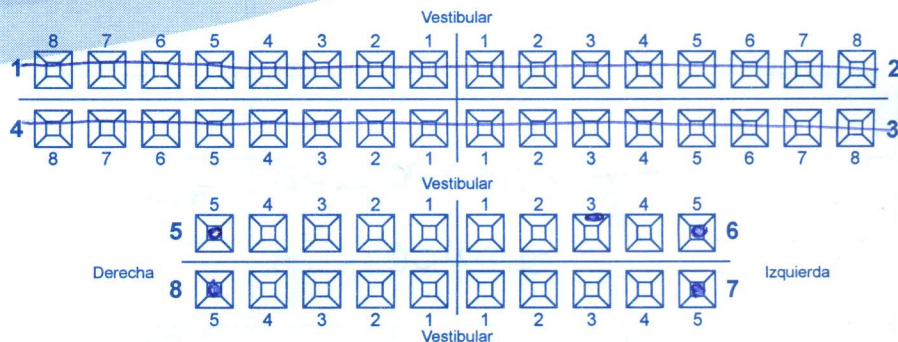
**DATOS DEL  
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Apellido: Huayta D.N.I. N°: 4949631219  
Nombre: Constanza  
Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 25-07-2009  
Domicilio: Avda 2007  
Localidad: Ushuaia C. P.: 9410  
Teléfono: 15408482

**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: .....



**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
07.01					105 <sup>00</sup>	20-03-15	
05.02				5 <sup>00</sup>	130 <sup>00</sup>	20-03-15	
					235 <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 el tratamiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintento de tratamiento.

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

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

