

Sistema: .....

Asociado N°: 773278911

Plan: .....

Apellido: Bates D.N.I. N°: 35454776

Nombre: Natalia

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 16-08-1990

Domicilio: Rio Gallegos 592

Localidad: Ushuaia C. P.: .....

Teléfono: .....

### 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: .....

Derecha								Izquierda									
Vestibular								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
5								6									
8								7									
Vestibular								Vestibular									

**REFERENCIAS:** **Lápiz Azul** Tratamiento a realizar **Lápiz Rojo** Tratamiento anterior **Lápiz Verde** Selladores **Coronas** Cantidad de Dientes existentes .....

OPT07

# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
01.01				500	9300	17-11-14	x 
					9300		

## 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

x   
 Firma del Paciente y Nº D.N.I.

  
 Odontólogo / Protesista  
 Especialista en Prótesis  
 M.N.: 27.000  
 Firma y Sello Profesional