


Cobertura: UP
Asociado N°: 009122649005
Plan: Arco 2 Dorado
Apellido: Schelza, S.
Nombre: Santos

**DATOS DEL
PACIENTE**

 Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 18492998

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 20/03/67

Domicilio: Dto Espinal 1734

Localidad: Oscuridad Provincia: TDF C. P.: 8410

Teléfono: 480405 (celular)

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:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

 Coronas

Cantidad de Dientes existentes

Derecha																Izquierda															
Vestibular								Vestibular								Vestibular								Vestibular							
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8								
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1								
Derecha																Izquierda															
Vestibular																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
0101				10\$	112	14/04	*Sll
0216	11	IYM		10\$	264	16/4	*Sll
0216	12	IYM		10\$	264	16/4	*Sll
0219	14			10\$	352	30/4	*Sll

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

*Sll

18492098

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

Firma y Sello Profesional: 99