

Cobertura: Aerovel Dinoble

Asociado N°: 00329867927

Plan: 23-0003

Apellido: Domingo

Nombre: Francisco

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 12/7/87

Domicilio: Francia 183

Localidad: Ushuaia Provincia: T. Fuego C. P.: 910

Teléfono: 15416821

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre:

..... Dr. Fernando R. Schwab

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

Domicilio Consult.: (02901) 425016

Provincia: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

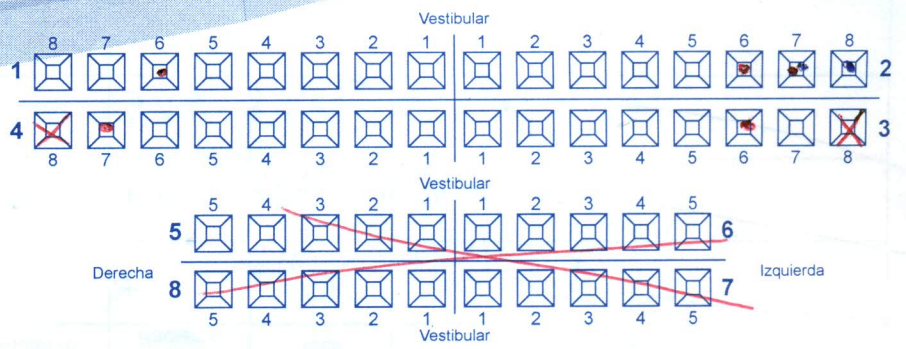
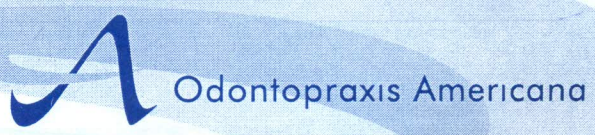
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

 Coronas

Cantidad de Dientes existentes

DATOS DEL PACIENTE



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				\$15	\$102	24/4/15	X
0219	27	0	R	\$15	\$352	28/4/15	X
0219	28	0	R	\$15	\$352	28/4/15	X

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 de cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual re-tratamiento de la pieza posible.

X

32764329

Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional