

Cobertura: Acceso

Asociado N°: 293195600

Plan: Dorsal

Apellido: Morales

Nombre: MARCELO

Parentesco: varios

Domicilio: 15912772

Localidad: 15912772

Teléfono: 15912772

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 30739238

Fecha de Nacimiento: 8-5-92

Provincia: 905 C. P.: 900

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

OPT07

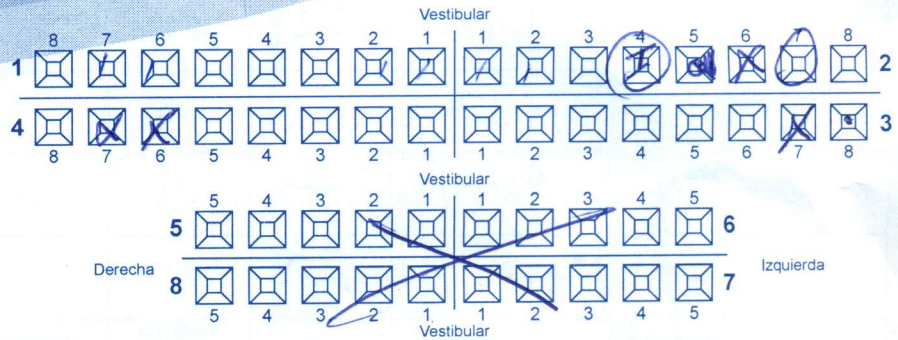
Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

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
0101				2	102	17/6/15	
0507	3x	0	R	2	—	17/6/15	
0501				2	134	17/6/15	
0720	16	0	R	10	352	17/6/15	
					588		

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 tratamiento de separación de la raíz.


 36.734.03P
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando A. Schwab
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
 Firma y Sello Profesional