

Sistema: UP

Asociado N°: 00808167007

Plan: 20-0002

Apellido: Chozoneta

Nombre: Juli

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 24.12.64

Domicilio: De la Estancia Dorada B° P. M.

Localidad: Ush. C. P.: 9410

Teléfono: 1552 1150

#### 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: .....

Teléfono: .....

#### REFERENCIAS:

OPT07

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

 **Coronas**

Cantidad de Dientes existentes .....

#### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 17137678

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1															2
4															3
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6
8															7
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6

# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				\$10	\$102	14/5/15	X
0501				\$10	\$134	21/5/15	X

Observaciones .....

.....

.....

.....

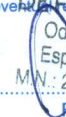
.....

.....

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 endodóticamente 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 este tipo.

 371376+8

Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional