

Sistema: Accord School

Asociado N°: 010657415110213

Plan: Donab / 0003. (22)

Apellido: Rosa Olmedo

Nombre: Pascila Abigail

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 15/12/06

Domicilio: Soberanía Noe. 2752 6803

Localidad: Ushuaia C. P.: 9410 Boños

Teléfono: 15405271

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 46679707

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

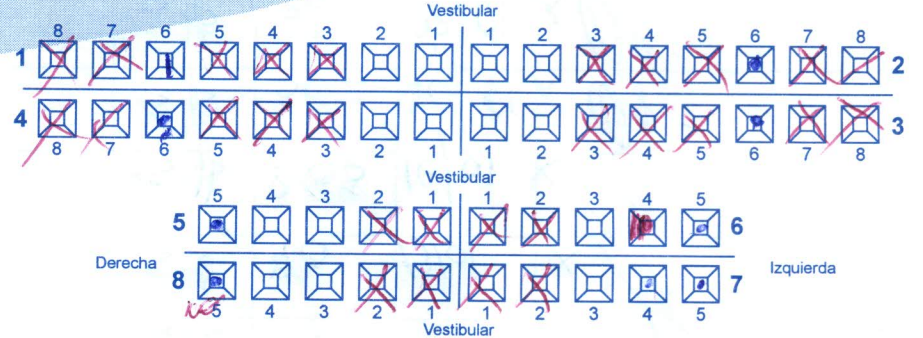
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

(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

PARA USO PROFESIONAL

Cargado S. S.

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				\$ 10	\$ 10	13/01	X
0220	16	0-P		\$ 263	\$ 263	16/01	X
0219	26	0		\$ 302	\$ 302	20/01	X
0219	36	0		\$ 302	\$ 302	20/01	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 por mi incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis

Firma y Sello Profesional