

Sistema: Donado

Asociado N°: 00253553008

Plan: 22-0003

Apellido: Cisterna

Nombre: Jorge

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 18/8/73

Domicilio: Carlos Ojeda 543

Localidad: C. P.: 9410

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

M.N. / M. P. (02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1° Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 233607177

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

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
0216	11	MPU	R	\$15	\$254	25/3/15	x 
0216	21	MPU	R	\$15	\$254	25/3/15	x 
1001	28			\$15	\$170	27/3/15	

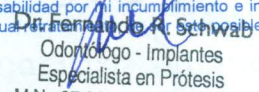
Observaciones

.....

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 raíz.

x 

Firma del Paciente y N° D.N.I.


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

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

Firma y Sello Profesional