

OPT07

[illegible]

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	36	PV	1	2	352	16/6/15	
0101				2	102	16/6/15	
					454		

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, en un tiempo máximo de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por el cumplimiento de la acción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual re-tratamiento de la pieza.

41025985

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando J. Schwab
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.099 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional