

Sistema: .....

Asociado N°: 773278028

Plan: .....

Apellido: Olguin Balez

Nombre: Gerardo

Parentesco: .....

Domicilio: Rio Gallegos 592

Localidad: Ushuaia

Teléfono: .....

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 50124551

Fecha de Nacimiento: 16-06-2010

C. P.: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

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

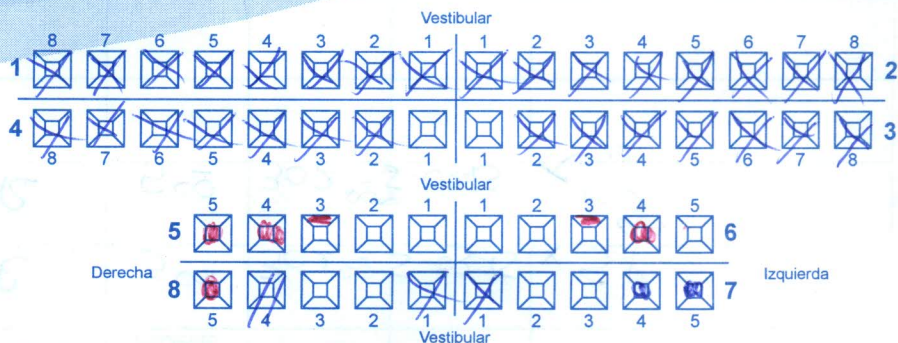
(02901) 425016

Nombre: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P. ....

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

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.19	74	O	R	5 <sup>00</sup>	302 <sup>00</sup>	5-03-15	x S8
02.19.	75.	O	R	5 <sup>00</sup>	302 <sup>00</sup>	5-03-15	x S8
					604 <sup>00</sup>		

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 ser este posible

x S8 27716828  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
Firma y Sello Profesional