

Sistema:

Asociado N°: 253553032

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

Plan:

Apellido: Espindola Pamela

D.N.I. N°: 28468974

Nombre:

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

25-11-1980

Domicilio:

Carlos Gardel 543

Localidad:

Ushuaia

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Dr. Fernando R. Schwab

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

Nombre:

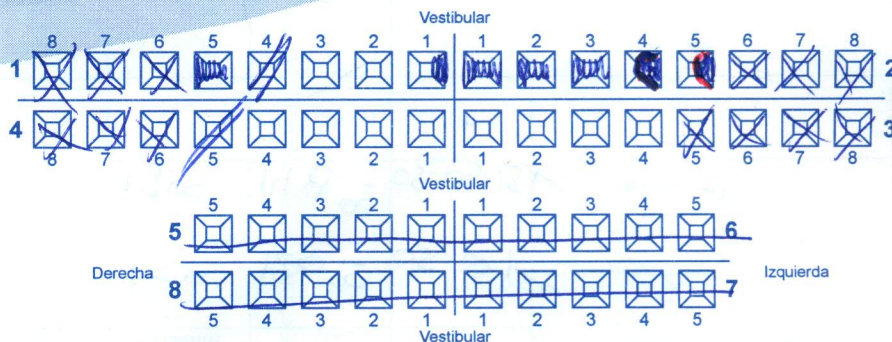
(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio:

Teléfono:



REFERENCIAS:

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
05.01				15 ⁰⁰	120 ⁰⁰	05-03-15	
10.01	45			15 ⁰⁰	148 ⁰⁰	05-03-15	
					268 ⁰⁰		

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 incomparecencia e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible

 28468974

Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional