

Sistema: UP
Asociado N°: 0080116130115
Plan: PMO / 20 - 001

**DATOS DEL
PACIENTE**

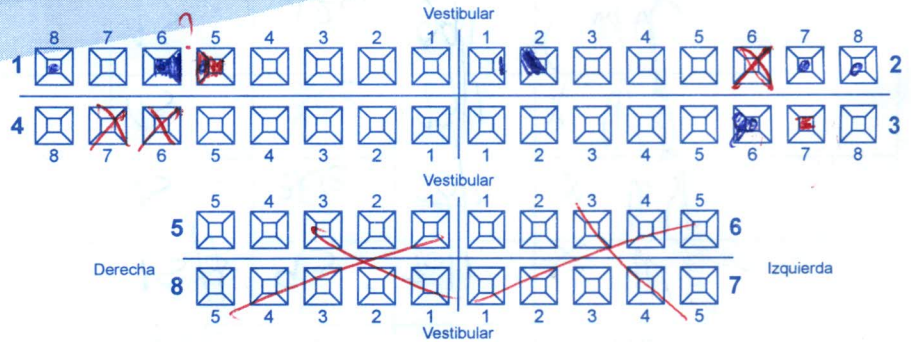


Odontopraxis Americana

Apellido: Plemcovich, D.N.I. N°: 33221922
Nombre: Micaela Soledad
Parentesco: Esposa Fecha de Nacimiento: 4/02/8
Domicilio: Oseon SHmit. 2830
Localidad: _____ C. P.: _____
Teléfono: 15647859

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

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				15/\$	93	20/1	X <i>WSP</i>
0209	28.	0		15	302	23/1	X <i>WSP</i>
0209	24	0		15	302	23/1	X <i>WSP</i>
0501				15	120	20/1	X <i>WSP</i>
							<i>WSP</i>

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

WSP

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. *WSP*
 R. Schwab
 Esp. en Prótesis
 M.N. 2111 P. 01/99
 Firma y Sello Profesional

