

Sistema: .....

Asociado N°: 812645030

Plan: Dorado

Apellido: Jara Lencina

Nombre: Jade

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 18-08-2011

Domicilio: Pº Kaulen Case 1341

Localidad: Ushuaia

C.P.: 9410

Teléfono: .....

#### 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: .....

#### DATOS DEL PACIENTE

D.N.I. N°: 511392108

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

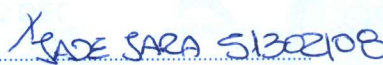
Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.19	85.	O	R.	500	362 <sup>00</sup>	04-06-15	
05.02				500	136 <sup>00</sup>	04-06-15	
					518 <sup>00</sup>		

## 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 en el presente, dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por el retraso en la atención, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro de los tratamientos.

Odontólogo - Implantos  
Especialista en Prótesis

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



Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional