

OPT07

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				20	102	16/6/15	Yolanda Peña
0245	18	0	R	20	254	16/6/15	Yolanda Peña
					356		

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, se expresó que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada en un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible.

Yolanda Peña

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando A. Schwab

Odontólogo Implantólogo en Prótesis

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

Firma y Sello Profesional