

Cobertura: U.P. - PNO

Asociado N°: 010634482018

Plan: 22 - 0001

Apellido: Orellana Vasquez

Nombre: Yessica

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 29-12-2007

Domicilio: Seccion D. meuzo n. 10630.

Localidad: Ushuaia Provincia: T. del C. P.: 9800

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: .....

Provincia: .....

Localidad: .....

Teléfono: .....

**REFERENCIAS:**

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

 Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

**DATOS DEL PACIENTE**



Odontopraxis Americana

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

# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
01.01				-	126.00	01-01-15	X <i>MB</i>
02.19	BS	D.	R.	5.00	358.00	01-01-15	X <i>MB</i>
					488.00		

## 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, con 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 reintegro de ser esto posible

Dr. *ESPINOZA*

Quintero - Imbabura

Especialista en Prótesis

R.M. 27-001 - M.P. O.D.: 99

X *MB* 949892849

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional