

Cobertura: UP - Accord con copago

Asociado N°: 0075366004

Plan: Accord Dorado 0003

Apellido: Gonzalez

Nombre: Fernando Jesus

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 25-04-2005

Domicilio: Puerto Español 1717

Localidad: Ushuaia Provincia: T. del Fuero C. P.: 9401

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

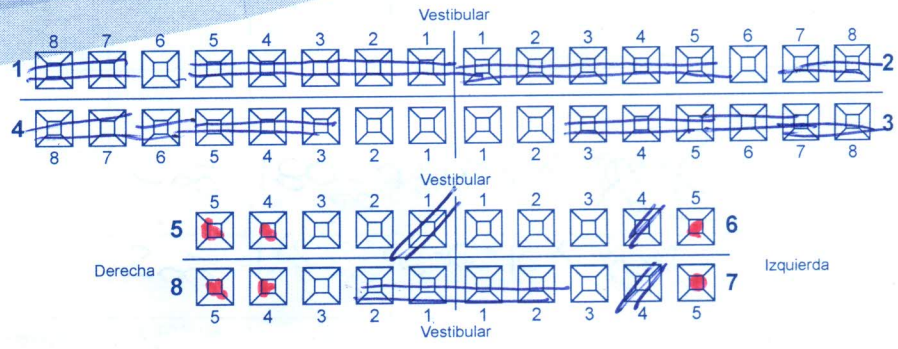
 Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

**DATOS DEL PACIENTE**



Odontopraxis Americana



# PASADO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
				500	112 <sup>00</sup>	04-06-15	x [Signature]
10.01	SI			500	180 <sup>00</sup>	04-06-15	x [Signature]
					292 <sup>00</sup>		

## Observaciones

Retraso en la  
recuperación dentaria.

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 no cumplir con la inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro de implantes.

[Signature] 33460755

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional