

Sistema: ..... U.P.

Asociado N°: ..... 243006900

Plan: ..... Acuña, Dorado

Apellido: ..... Fernandez

Nombre: ..... Nesbitt Carmon

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: ..... 9/04/70

Domicilio: ..... Yowera 1759

Localidad: ..... Oshuara

C. P.: ..... 9400

Teléfono: ..... 1560 6173

#### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: ..... Dr. Fernando R. Schwab

..... Odontólogo - Implantes

..... Especialista en Prótesis

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

Domicilio Consultorio: ..... Dr. Fernando R. Schwab

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

..... (02901) 425016

..... San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Teléfono: .....

#### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: ..... 2440261511

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

#### REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar

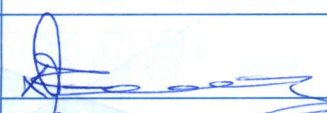
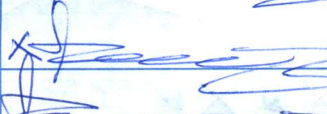


Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior

Lápiz Verde  
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				\$ 10	\$ 93	18/3	
0501				\$ 10	\$ 120	18/3	
0220	37	OL		\$ 10	\$ 302	31/3	
0220	35	OD		\$ 10	\$ 302	31/3	

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.

  
Firma del Paciente y N° D.N.I. ....

Dr. Fernando R. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
27-009 M.P.O.D. 99  
Firma y Sello Profesional