

Cobertura: UP  
Asociado N°: 100639710017  
Plan: PRIO

**DATOS DEL PACIENTE**

Apellido: Gomez D.N.I. N°:                       
Nombre: Lonia J.  
Parentesco:                      Fecha de Nacimiento: 08-05-88  
Domicilio: Ondorne B° los Pinos  
Localidad: Oshuata Provincia: TDF. C. P.: 9410  
Teléfono: 15529083

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido:                       
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
M.N. / M. P.: Dr. Fernando R. Schwab  
Domicilio Consultorio: M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
(02901) 425016  
Provincia: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  
Localidad:                       
Teléfono:                     

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestibular								Vestibular							

**REFERENCIAS:** Lápiz Azul Tratamiento a realizar Lápiz Rojo Tratamiento anterior Lápiz Verde Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes                     

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
0501				\$ 15	\$ 120	18/3	X
0209	24	0		\$ 15	\$ 202	31/3	X
0209	47	0		\$ 15	\$ 202	31/3	X

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 de mi eventual inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento posterior.

X *[Firma]*  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

*[Firma]*  
Especialista en Prótesis  
21/09 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional