

Sistema: ..... UP. .....

Asociado N°: 100741918941008

Plan: ..... PNO .....

Apellido: ..... ORZCO .....

D.N.I. N°: 233873771

Nombre: ..... LAZARO DIEGO .....

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 10/11/73 .....

Domicilio: ..... HOL HOL 1549 .....

Localidad: ..... C. P. : .....

Teléfono: ..... 15614633 .....

### 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: .....

Teléfono: .....

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
Vestibular																	
Derecha								1	1	2	3	4	5	6	Izquierda		
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6						
8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7						
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	17/10/19	
					120		

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 este posible.

23387377

Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional