


Sistema: VP - P110
Asociado N°: 8045891029
Plan: 0001-P110
Apellido: Acevedo
Nombre: Romina Nagel
Parentesco:
Domicilio: Alcañik 759
Localidad: Ushuaia
Teléfono:

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

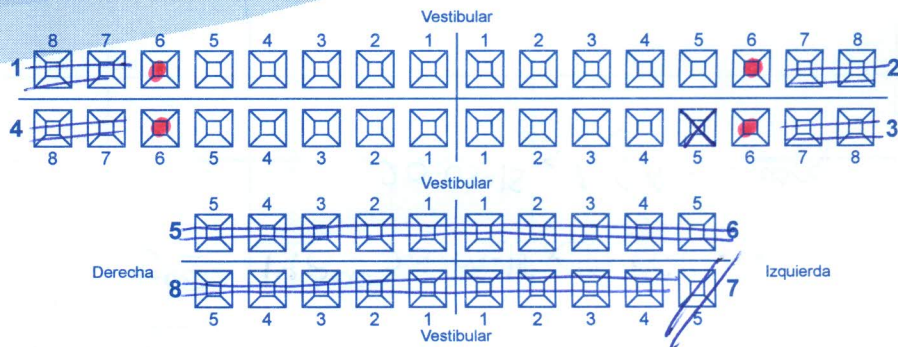
D.N.I. N°: 45558409

Fecha de Nacimiento: 30-04-2004

C. P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

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



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	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
10.01	75			5 ⁰⁰	148 ⁰⁰	20-03-15	x Ngalcaraz
09.01.01	75					20-03-15	x Ngalcaraz
					148 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 dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de cualquier complicación e infección, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro de implantes posible.

x Ngalcaraz
Firma del Paciente y N° D.N.I.
18518746

Dr. Fernando B. Schwab
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional