

Sistema: Arcor

Asociado N°: 1884616110061

Plan: Platina

Apellido: Hernandez

Nombre: Juan Ezequiel

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 28/10/77

Domicilio: +olivia Norte 18

Localidad: 13448854

C. P.: 9410

Teléfono: .....

#### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schroob

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. od n° 99

Domicilio Consultorio: San Martín

1684 Dto 1° A

Teléfono: 423016

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								5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	Izquierda												
								8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7												
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	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
090101	14-15			15	\$38	11/9/14	X 
0220	14	OD	R	15	\$265	11/9/14	X 
0220	15	ON	R	15	\$265	11/9/14	X 

Observaciones (14-15) maluco

para realizar protesis -  
venoso

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 re-tratamiento, o de ser costo posible

X  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 87.009 - M.P.: O.D.: 99  
Firma y Sello Profesional