

Sistema:

UP Acuña S.

Asociado N°:

02M1010852036

Plan:

Donar 0003

Apellido:

Wet Landes

Nombre:

Blanca Irene

Parentesco:

En Zozala 529

Domicilio:

Localidad:

Fecha de Nacimiento:

12/06/86

C. P.:

Teléfono:

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Dr. Fernando R. Schwab

Odontólogo - Implantes

Nombre:

Especialista en Prótesis

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

M.N. / M. P.

27009

Domicilio Consultorio:

Dra. Paula Giavedoni

Odontóloga

Especialista en Endodoncia

M.N.: 27.937 - M.P. O.D.: 97

Teléfono:

### REFERENCIAS:

Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior

Lápiz Verde  
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

### DATOS DEL PACIENTE




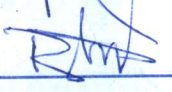
Odontopraxis Americana

D.N.I. N°:

843108539

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								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																	

# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				10	78	30/10/8	
0301				40	357	30/10/8	

## Observaciones

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr. Dr. Pablo Gravedoni La naturaleza de los tratamientos, posibles complicaciones, riesgos y alternativas, aceptando de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodóncicamente dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi insumplimiento 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.

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

Firma y Sello Profesional