

Cobertura: ACCORD SAUD

Asociado N°: 02408919001

Plan: PLATIN

Apellido: ALTONA

Nombre: VIRGINIA

Parentesco: CORNEJO 310

Domicilio: 15633090

Localidad: Provincia: C. P. :

Teléfono: 15633090

## DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 35107656

Fecha de Nacimiento: 23/04/92

## DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

## REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior

Lápiz Verde  
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

Vestibular															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1															2
4															3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Vestibular															
5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6				
8															7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5						
Vestibular															

Derecha Izquierda

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	36	OU	R		302	05/05/15	
					302		

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 ..... dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por el tratamiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento de re-estético posible

135.107.656.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando A. Schwab  
 Especialista en Ortodoncia  
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional