

Cobertura: Accad. Salud Plan Parado

Asociado N°: 005121R3030

Plan: 24.-0003.

Apellido: Corvalan Fernando.

Nombre:

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 29-04-2008.

Domicilio: Vito Dumas 133.

Localidad: Ushuaia.

Provincia: T. del Fuego

C. P.: 9410.

Teléfono:

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:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

OPT07

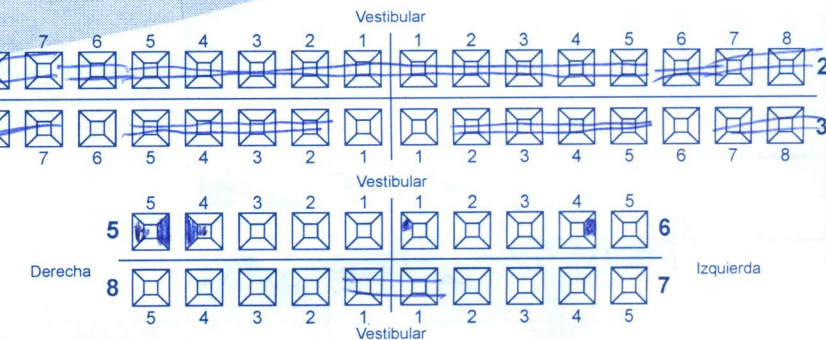
Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

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 |
|----------------------|----------------|----------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|----------|--------------------------------------------|
| 07.01 | | | | | 126 ⁰⁰ | 01-01-15 | |
| 05.02 | | | | | 151 ⁰⁰ | 01-01-15 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | 277 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 por mi incumplimiento 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.

Dr. Fernando R. Schwab

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

M. Firma y Sello Profesional