


Cobertura: PNO
Asociado N°: 00264897014
Plan: 21-0001

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Apellido: Ogami D.N.I. N°: 118813179
Nombre: Julia
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 10/12/71
Domicilio: 6406 Wilson 2 10 A
Localidad: Ushuaia Provincia: T. Fuerte C. P.: 9410
Teléfono: 15543622

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre:

M.N. / M.P.: Dr. Fernando R. Schwab

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

Domicilio Consultorio: (02901) 425016

Provincia: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

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

Derecha Vestibular 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
0215	22	P	R	\$15	\$254	23/4/15	x <i>Giles</i>

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 tratamiento, el cual sea posible.

x Giles 18813770
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando A. Schwarz
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.049 - M.P.O.D.: 99
 Firma y Sello Profesional