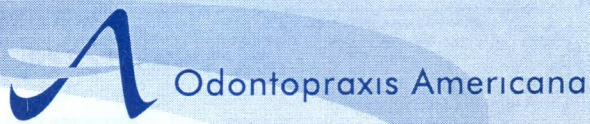


Cobertura: ACCORD SAUD
Asociado N°: 1005097381007
Plan: 110
Apellido: SCHEITLIN
Nombre: ROSAURA ACETANORA
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 04/10/78
Domicilio: ACEN 715
Localidad: Provincia: C. P.:
Teléfono: 1548/410

DATOS DEL PACIENTE



D.N.I. N°: 28748769

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab
Nombre: M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
(02901) 425016
San Martín 1684 Piso I Dpto. A
M.N. / M. P.:
Domicilio Consultorio:
Provincia:
Localidad:
Teléfono:

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

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
0101					107	11/06	- Hshells
0801					129	11/06	- Hshells
					236		

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 en el presente, con un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento en la acción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser así posible.

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

- Hshells DNI 26446769

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional