

Cobertura: 22-0003
Asociado N°: 00635863034
Plan: Danoele

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

Apellido: Dione
Nombre: folio
D.N.I. N°: 38406738

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 27/9/94

Domicilio: Finca del Bosque n°958

Localidad: Ust Localidad: Provincia: T. Negro C. P.: 940

Teléfono: 443043

DATOS DEL PROFESIONAL
Dr. Fernando R. Schwab
M.N. 27009 - M.P. O.D.: 99

Apellido: (02901) 425016
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab
M.N.: 27009 - M.P. O.D.: 99

M.N. / M. P. (02901) 425016

Domicilio Consultorio: Dr. Fernando R. Schwab
M.N.: 27009 - M.P. O.D.: 99

Provincia: (02901) 425016

Localidad: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Teléfono:

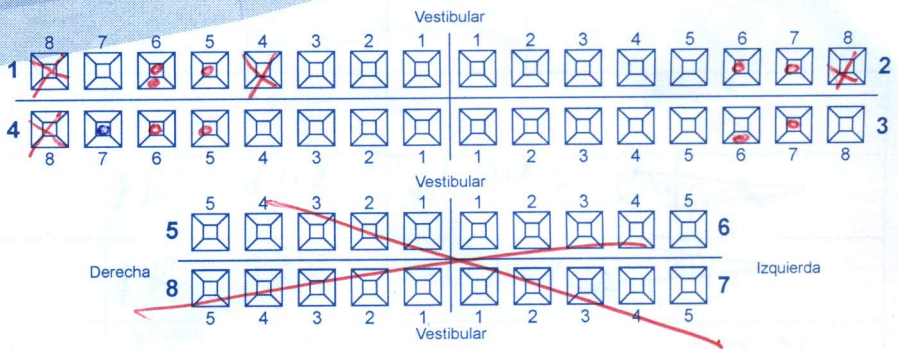
REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar

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				\$15	588	19/3/15	X 
0501				\$15.	\$115	19/3/15	X 

Observaciones

.....

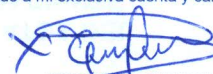
.....

.....

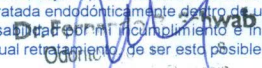
.....

.....

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 incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro, de ser esto posible.

 38406738

Firma del Paciente y N° D.N.I.


 Especialista en Periodoncia
 M.N.: 27.009 - M.P. C.U. 29

Firma y Sello Profesional