

Cobertura: UP

Asociado N° 00168561021

Plan: Accord Salud.

Apellido: Terner

D.N.I. N° 38087628

Nombre: Santiago Nayeb.

Parentesco: hijo Fecha de Nacimiento:

Domicilio: San Vito y Nido yomones 1450

Localidad: Ushuaia C.P.: 9410

Teléfono: 443694

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwarz

Nombre: Fernando

M.N./M.P.: 27009.

Domicilio Consultorio: San Martin
1684 Pto Pto A

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana s.a.

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

Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3
5							
5	4	3	2	1	1	2	3
8							
5	4	3	2	1	1	2	3

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

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar


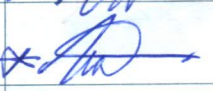
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de dientes existentes.....

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Valor a cargo de Odontopraxis	Co-Seguro a cargo del paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101				\$ 10	93	30/1	X 
0501				\$ 10	120	30/1	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 no haber cumplido a tiempo, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser este posible.

X  38.097.628

Firma del Paciente y N° D.N.I.


 Dr. Rafael A. ...
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 M.N. 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional