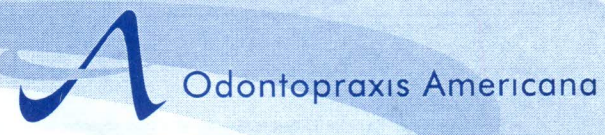


Cobertura: Amorol Dondor

Asociado N°: 010723635021

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Plan: .....

Apellido: Gonzalez D.N.I. N°: 41322128

Nombre: Lucas

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 6/7/99

Domicilio: Los violetas 71

Localidad: Ushuaia Provincia: T. Fueguia C. P.: 9410

Teléfono: 15484178

**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 Martin 1684 Piso 1 Dpto. A

Localidad: .....

Teléfono: .....

**REFERENCIAS:**

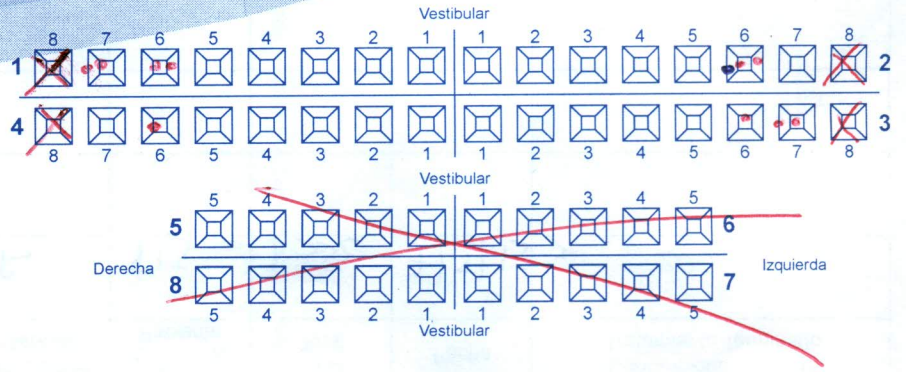
**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....



**PARA USO PROFESIONAL**

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	26	DO	R	\$15	\$352	7/5/15	x UNCOO

**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

x UNCOO 44.322.128

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab  
 Odontólogo - Implantas  
 Especialista

Firma y Sello Profesional