

Sistema: UP

Asociado N°: 01011791696922

Plan: P70

Apellido: VELASQUEZ GILARD

Nombre: JUANNA

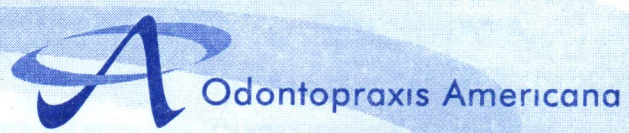
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 14/07/1998

Domicilio: S.W.S

Localidad: C. P. :

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



D.N.I. N°: 400844443

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: SCHWAB

Nombre: FERNANDO

M.N. / M. P. 27.009/99

Domicilio Consultorio: S - MARTIN 1684

Teléfono: 425016

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

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
0219	3p	0		15	287	28/10	Juliana Velazquez
					287		

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 este posible.

Juliana Velazquez 40844443
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. ESTUARDO B. SALAS
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 M.P.: O.D.: 99

Firma y Sello Profesional