

Cobertura: PMO
Asociado N°: 1009161798007
Plan: Z1 Don oral

**DATOS DEL
PACIENTE**

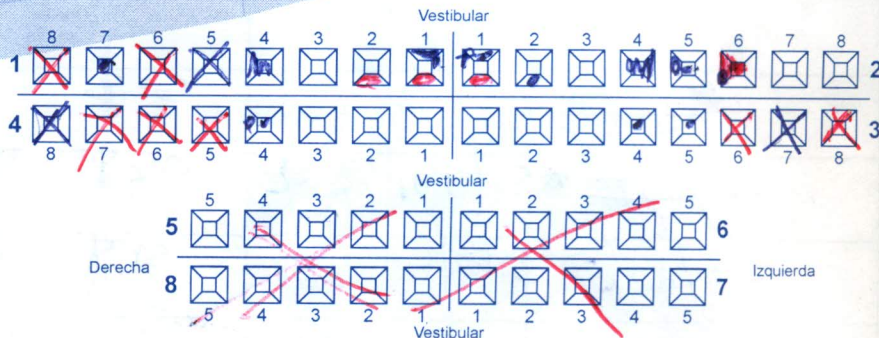
 Odontop

Apellido: Romero D.N.I. N°: 25
Nombre: Pahica Elizabeth
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 25/03/77
Domicilio: Ricardo Balbin 2711 San Vicente
Localidad: Ushuaia Provincia: TDF C. P.: 9410
Teléfono: 5553624

Notario Publico
0301 (25)

DATOS DEL PROFESIONAL


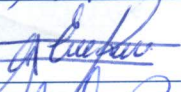
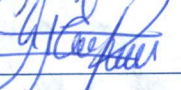
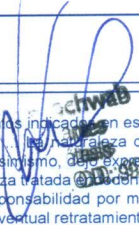
Apellido:
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab
M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99
M.N. / M. P. (02901) 425016
Domicilio Consultorio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A
Provincia:
Localidad:
Teléfono:






REFERENCIAS: **Lápiz Azul** **Lápiz Rojo** **Lápiz Verde**  **Coronas** **Cantidad de Dientes existentes**

OPT07 Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0104				\$ 15	102	9/6/15	* 
0301	25			\$ 30	370	16/6/15	* 
0220	25	MOD		\$ 15	352	24/6/15	* 
					829		

Observaciones

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr.  el alcance de los tratamientos, posibles complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, declaro expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada  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 

 25.828.321

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma

