

Sistema: Accord Salud

Asociado N°: 0010485001P

Plan: Donado. 21-0003

Apellido: Gomez

Nombre: Mateo

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 1-07-2000

Domicilio: Carlos Gardel 551

Localidad: Usnuaie C. P.: 9410

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99

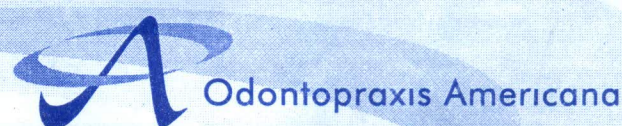
Nombre: (02901) 425016
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P.

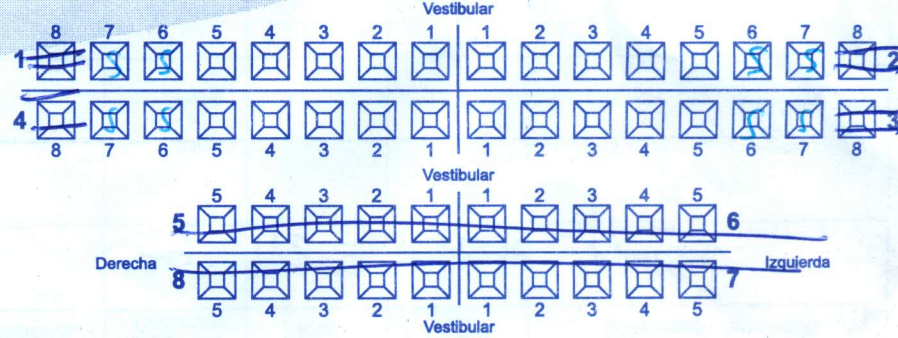
Domicilio Consultorio:

Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



D.N.I. N°: 4.265.001.0



REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

☐
Coronas

Cantidad de Dientes existentes

OPT07

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
01.01.				500	11200	01-06-15	
					11200		

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 tratamiento, de ser esto posible

24293335

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Salgado

Odonólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

M.N.: 27009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional