

Cobertura: UP- P70

Asociado N°: 225263025

Plan: 0001- P70

Apellido: Quispe

Nombre: Yola Rosa

Parentesco: Yoven 24os

Domicilio: Ushuaia

Localidad: Ushuaia

Teléfono:

## DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 48689040

Fecha de Nacimiento: 08-04-2008

C. P.: 9410

## DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre:

Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

Domicilio Consultor: San Martín 1004 150 1 Dpto. A

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

## REFERENCIAS:

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior


**Lápiz Verde**  
Selladores

**Coronas**

Cantidad de Dientes existentes

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

# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
05.02				500	13000	27-03-15	
					13000		

Observaciones .....

.....

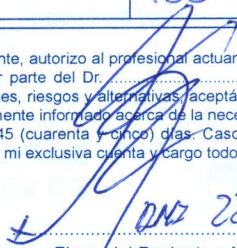
.....

.....


.....

.....

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 endodómicamente dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de ser esto por falta de ser esto por falta, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retiro y/o re-tratamiento.

 DNI 22963498

Firma del Paciente y N° D.N.I.

  
**Dr. Fernando P. Schwab**  
 Odontólogo - Implantes  
 Especialista en Prótesis  
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional