

Sistema:

Asociado N°: SSZ68P0P8

Plan:

Apellido: Sanchez

Nombre: Miguel

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 6-7-56

Domicilio: Juan Rodriguez 774

Localidad: Ushuaia

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio:

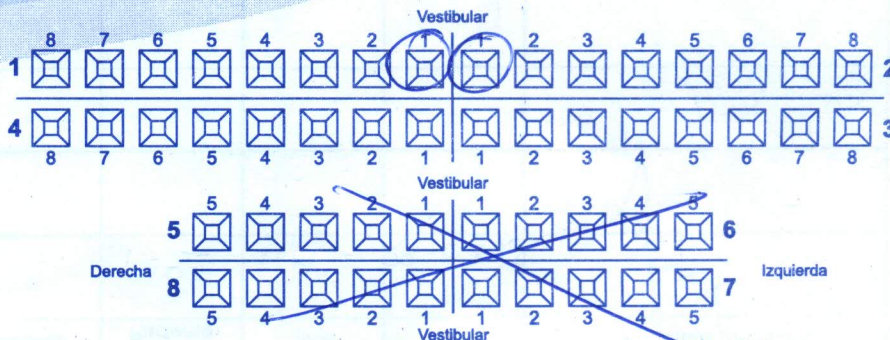
Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 111311393



REFERENCIAS:

OPT07

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
01.04.10.2				15 ⁰⁰	118 ⁰⁰	23-02-15	
					118 ⁰⁰		

Observaciones
 Dolor - Suprarraas 11-21
 AFB.

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

Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

