

Sistema:

Asociado N°: BR843410011

Plan:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Apellido: Delgado

D.N.I. N°: BR843119111

Nombre: Angel Carlos Enrique

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Localidad: Usnuaia

C. P.:

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

Nombre: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio:

Teléfono:

Derecha								Izquierda									
Vestibular								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
5								6									
8								7									
Vestibular								Vestibular									

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
02.20	48	O-V.	R	500	320 ⁰⁰	10-11-14x	<i>[Signature]</i>
02.19	47	O.	R.	500	320 ⁰⁰	10-11-14x	<i>[Signature]</i>
					640 ⁰⁰		

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

[Signature] 32.943.142
Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature]
Dr. Fernando K. Schwab
Odontólogo - Implantología
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.049 M.P.: O.D.: 99
Firma y Sello Profesional