

Sistema: UP
Asociado N°: 100749894998
Plan: PNO

DATOS DEL PACIENTE



Apellido: LAZARO D.N.I. N°: 12313181431771
Nombre: LAZARO Miguel
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 10/11/73
Domicilio: HOL HOL 1548
Localidad: C. P.:
Teléfono: 15614633

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: SCHWAB
Nombre: FERNANDO
M.N. / M. P. 27.009/99
Domicilio Consultorio: S. MARTIN 1684
Teléfono: 425010

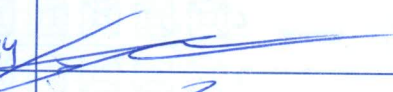

8 7 6 5 4 3 2 1								1 2 3 4 5 6 7 8							
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
8 7 6 5 4 3 2 1								1 2 3 4 5 6 7 8							
5 4 3 2 1								1 2 3 4 5 6							
8 7 6 5 4 3 2 1								1 2 3 4 5 6 7 8							
5 4 3 2 1								1 2 3 4 5							

Derecha Vestibular Izquierda

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
0101					15	28/10/14	
0201	15				40	28/10/14	
					55		

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, declaro expresamente 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 incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser así posible.

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

2338F377
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional