

Cobertura: Manotributo UF.

Asociado N°: 75812203

Plan: Dorado

Apellido: Barboza

Nombre: Matias

Parentesco: Peron

Domicilio: Sol 604

Localidad: Ushuaie

Teléfono:

**DATOS DEL
PACIENTE**



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 41371770

Fecha de Nacimiento: 22-08-98

Provincia: T. del Fuego C. P.: 940

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:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

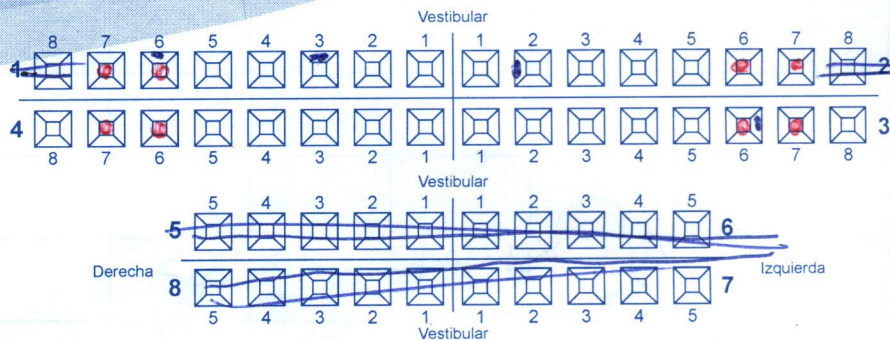
Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior


Lápiz Verde
Selladores


Coronas

Cantidad de Dientes existentes




PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
01.d.				500	10700	01-07-15	
				10700			

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 retratamiento, de ser esto posible

x  22945 172
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 M.A. 27009 N° Profesional 29

