


Sistema: UP - PMO
Asociado N°: 2410651511031
Plan: 20-0001

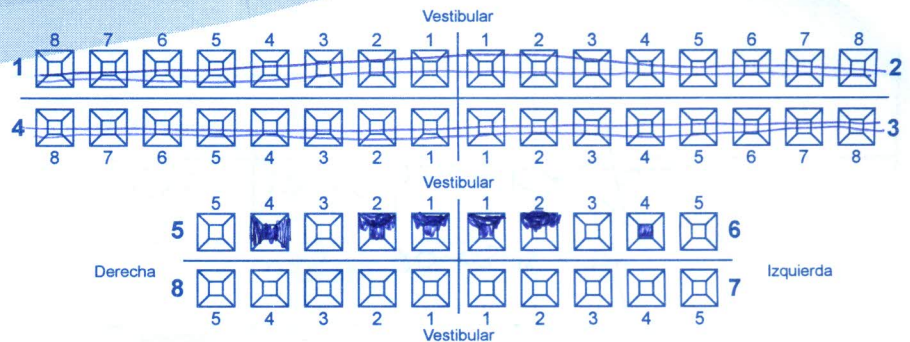
**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Apellido: Huayto D.N.I. N°: 51131024151111
Nombre: Belen Markna
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 2-10-2010
Domicilio: Anka 2007
Localidad: Ushuaia C. P.: 9410
Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
(02901) 425016
M.N. / M.P.: San Martín 1684 PISO 1 Dpto. A
Domicilio Consultorio:
Teléfono:



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
01.01					105 ⁰⁰	20-03-15	X
05.02				5 ⁰⁰	130 ⁰⁰	20-03-15	X
					235 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 retrasamiento de ser esto posible.

X 

Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional