

Cobertura: Accorzo Salud
Asociado N°: 0068969801-3
Plan: PMO

**DATOS DEL
PACIENTE**

 Odontopr

Belén
1001 (26)
OP. PMO

Apellido: Sotelo D.N.I. N°: 31213
Nombre: Gisela Belén
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 10/06/1986
Domicilio: B° Valle de Andorra N° 126
Localidad: ushuaiá Provincia: TDF C. P.: 8410
Teléfono: 15471416

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
Nombre: M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
Dr. Fernando R. Schwab
M.N. / M. P. M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
(02901) 425016
Domicilio Consultorio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A
Provincia:
Localidad:
Teléfono:

| Derecha | | | | | | | | Izquierda | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Vestibular | | | | | | | | Vestibular | | | | | | | |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" 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"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| Derecha | | | | | | | | Izquierda | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|
| Vestibular | | | | | | | | Vestibular | | | | | | | |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | |

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 |
|----------------------|----------------|----------------------|---------------------|----------------------------|-------------|---------|--|
| 1001 | 26 | | | \$10 | 180 | 15/9/15 | * |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Observaciones

.....

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr. Dr. F. A. Schwab 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 de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento de la indicación, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de

92360773

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y

