

Cobertura: ACCION DENTAL

Asociado N°: 09320867919

Plan: 22-0003

Apellido: Gyolo

Nombre: Wirtina

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 10/7/57

Domicilio: Kuapi 183

Localidad: Ushuaia

Provincia: T. Fuego

C. P.: 01410

Teléfono: 15510660

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

M.N. / San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

○
Coronas

Cantidad de Dientes existentes

Vestibular


8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1															2
4															3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Vestibular

5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
5										6
8										7
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	

Derecha Vestibular Izquierda

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0501				\$15	\$134	28/4/15	

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 dental a mi exclusiva cuenta y cargo de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por el no cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento, de ser esto posible.

M.N.: 27.029 - M.P. O.D.: 99

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional