

Cobertura: ACCORD SAW

Asociado N°: 102408919001

Plan: PLATOS

Apellido: ARJONA

Nombre: VIRGINIA

Parentesco:

Domicilio: G. CORNEJO 310

Localidad:

Teléfono:

DATOS DEL
PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 35107656

Fecha de Nacimiento:

Provincia: C. P.:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

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

M.N. / M. P. (02901) 425016

Domicilio: San Martín 1684, Piso 1, Dpto. A

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

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

Derecha 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					120	05/05/15	
					120		

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, he expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada en un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de no acudir a tratamiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro de tratamiento, de ser este posible.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

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

33.107.656