


Cobertura: UP
Asociado N°: 010635863026
Plan: Accesor ~~Alud~~
Apellido: DIAZ

**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Nombre: Emmanuel Franco D.N.I. N°: 34912467
Parentesco: hijo Fecha de Nacimiento: 27/9/90
Domicilio: Punto del Bosque 998
Localidad: Provincia: C. P.: 9410
Teléfono: 443043

DATOS DEL PROFESIONAL

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

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

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar



Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

 Coronas

Cantidad de Dientes existentes

PARA USO PROFESIONAL

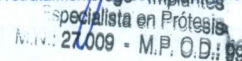
Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0219	26	D		\$ 10 D 362		20/4/15	
0219	27	D		\$ 10 D 362		20/4/15	

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 tratada, comprometiéndome a cumplir la convención máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi no cumplimiento de la convención, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de la pieza.


 Firma del Paciente y N° D.N.I.


 N.º 27.009 - M.P. O.D. 09

Firma y Sello Profesional