

Cobertura: UP- DNO

Asociado N°: 801392024

Plan: 0001- PNO

Apellido: Rodriguez Retore

Nombre: Lola

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 12-07-11

Domicilio: Chubut 1808

Localidad: Ushuaia Provincia: T. del Fuogo 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: .....

Provincia: .....

Localidad: .....

Teléfono: .....

**REFERENCIAS:**

OPT07

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

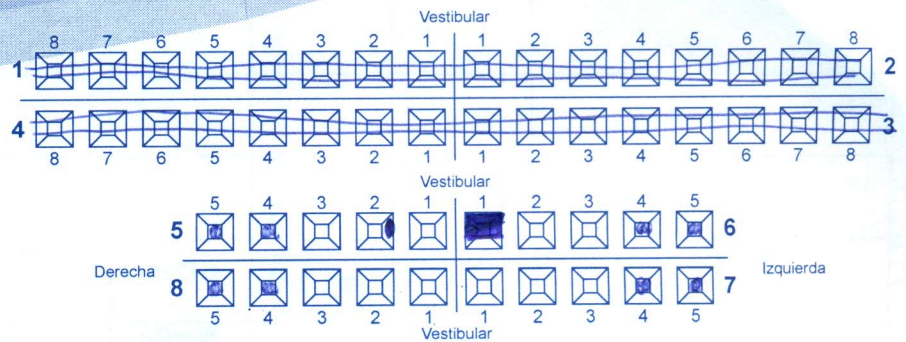
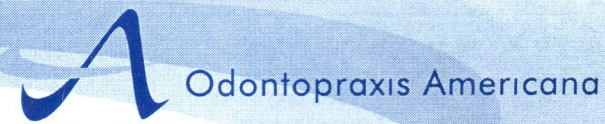
**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

 Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

**DATOS DEL PACIENTE**



# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.16	61	M-V-D.	R.	500	220 <sup>00</sup>	21-03-15x	<i>[Firma]</i>
					220 <sup>00</sup>		

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 tratamiento posterior.

**Dr. Fernando R. Schwab**

Odontólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

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

Firma y Sello Profesional

*[Firma]* 22420524

Firma del Paciente y N° D.N.I.