

Sistema: Acuerdo Salud

Asociado N°: 0194244591017

Plan: 22-0003 Plan Dorado

Apellido: JORJE,

Nombre: Agostin Hugo

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 25/04/2001

Domicilio: Montevideo 16 Casa 14

13 años

Localidad: Ushuaia

C. P.: 9410

Teléfono: 431462 / 15486892

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 27009

Domicilio Consultorio: San Martín

18

Teléfono: 425016

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 431160826

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

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
0101				\$ 5 \$ 83		17/9/14	X U. Gut.
0505	46	0		\$ 5 \$ 60		19/9	X
0219	46	Y		\$ 5 \$ 270		19/9	X
0505	36	0		\$ 5 \$ 60		19/9	X U. Gut
0219	36	Y		\$ 5 \$ 270		19/9	X

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 retratamiento, de ser este posible.

U. Gut
31084180
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N. 27.000 M.P. O.D. 99...
Firma y Sello Profesional

Sistema: Accesorio Salud

Asociado N°: 007244391017

Plan: 22 - 0003 P. Dorado

Apellido: JOFRE

Nombre: Agustín

Parentesco: hijo

Domicilio: Intero 16 caso 14

Localidad: USHUAIA

Teléfono: 431467 / 15480892

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 431160826

Fecha de Nacimiento: 25/04/2001

C.P.: 9410

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schawb

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 27009 - 99

Domicilio Consultorio: San Martín

1684 Piso 1 Dto A.

Teléfono: 425016

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

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	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0502	Fluoriz			\$5	\$110	07/10	*
0501	Cepillo			\$5	\$115	07/10	*

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 retratamiento, de ser este posible.

[Firma]
 *
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 M.P. O.D. 99
 Firma y Sello Profesional