

Sistema: UP

Asociado N°: 0055216189916

Plan: 21-002

Apellido: Hernandez

Nombre: Susana

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 21/4/53

Domicilio: San Salvador casa 61 n° 772

Localidad: USH C. P.: 9410

Teléfono: 433765

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwob

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. od n° 99

Domicilio Consultorio: San Martín

n° 1684 1° A

Teléfono: 425016

DATOS DEL PACIENTE



Odontopaxis Americana

D.N.I. N°: 1107775093

Derecha								Izquierda							
Vestibular								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
Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6					
8											7				
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
0216	31	VM	R	\$ 15	\$215	6/11/14	<i>[Signature]</i>
0216	32	VML	R	\$15	\$215	13/11/14	<i>[Signature]</i>
0220	25	OD	R	\$15	\$297	20/11/14	<i>[Signature]</i>

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 esto posible

[Signature] 10775093
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature]
 Dr. Fernando R. Schwab
 Odontólogo - Implantes
 Especialista en Prótesis
 Firma y Sello Profesional

