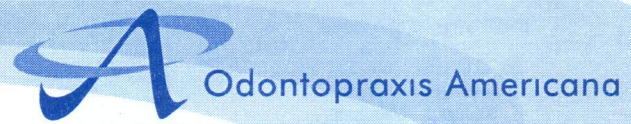


Sistema: UP-P70  
Asociado N°: 7162418110061  
Plan: 0001-P70

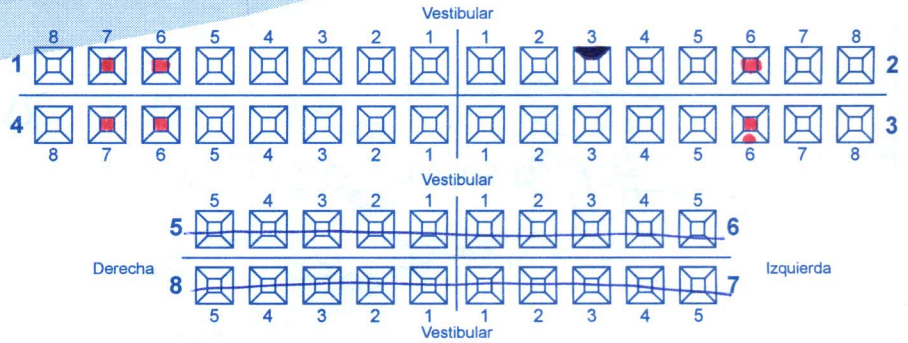
**DATOS DEL  
PACIENTE**



Apellido: Federer D.N.I. N°: 91401161421  
Nombre: Doris  
Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 12-05-76  
Domicilio: Bº Las Raíces casa 11A.  
Localidad: Usinaire C. P.: 9410  
Teléfono: .....

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: .....  
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab  
M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99  
(02901) 425016  
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  
M.N. / M. P. ....  
Domicilio Consultorio: .....  
Teléfono: .....



**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
01.01				10	93 <sup>00</sup>	20-03-15	
05.01				10	120 <sup>00</sup>	20-03-15	
02.15.	23	V	R	10	220 <sup>00</sup>	20-03-15	
					433 <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 no cumplirlo, e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser así posible.

 94016142

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional