

Sistema: Dental

Asociado N°: 061618161980015

Plan: 20-0003

Apellido: Lopez

Nombre: Sergio

Parentesco:

Fecha de Nacimiento: 4/3/84

Domicilio: Carril del Valle n° 126

Localidad: Urdin C. P.: 9400

Teléfono: 15566823

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:

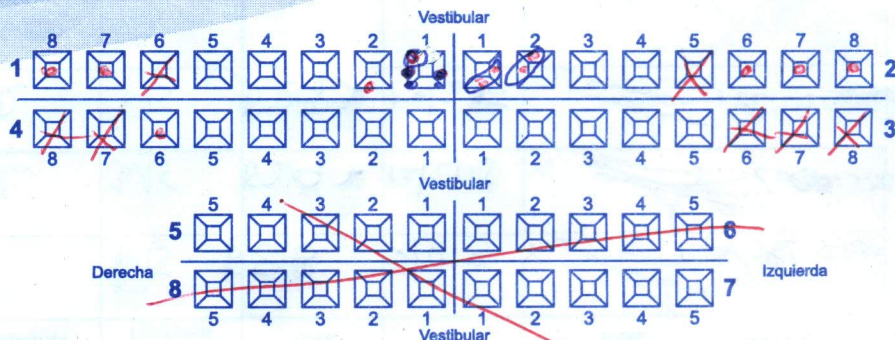
Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 30774772



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				\$15 \$88		5/4/15	X  Lopez S. S. S. S.
0219	17	V	R	\$15 \$297		12/2/15	X  Lopez S. S. S. S.
0216	21	DP	R	\$15. \$215-		12/2/15	X  Lopez S. S. S. S.

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 endodómicamente 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

X  30774772
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Odontólogo Implantantes
Especialista en Prótesis
M.N. 27.009 - M.P.O.D. 99
Firma y Sello Profesional

