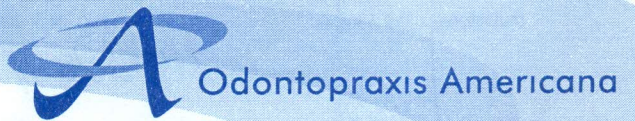


Sistema: ACCORD SAUD
Asociado N°: 90219903098
Plan: DORADO

**DATOS DEL
PACIENTE**



Apellido: NOVIA D.N.I. N°: 163684411
Nombre: HILDA
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 28/06/63
Domicilio: T. de CARCITA 1360
Localidad: C. P.:
Teléfono: 15469577

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: SCHWAB
Nombre: FERNANDO
M.N. / M. P. 27009199
Domicilio Consultorio: S. MARTIN 1889
Teléfono: 425016

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
5								6									
8								7									
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
0219	25	0	R	15	287	28/10	
					287		

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 y de otorgarle un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reemplazo de ser esto posible

Dr. Mariana Sobral
Odontóloga
M.P. C.D.: 99

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional