

Cobertura: UP - PMO

Asociado N°: 2406557027

Plan: 0001 - Pto.

Apellido: Huayta

Nombre: Constanza

Parentesco: ..... Fecha de Nacimiento: 25-07-2008

Domicilio: Snuka 2007

Localidad: Ushuaia Provincia: T. del Fuego C. P.: 9410

Teléfono: .....

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

M.N. / M. P. (02901) 425016

Domicilio Consultorio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Provincia: .....

Localidad: .....

Teléfono: .....

### REFERENCIAS:

OPT07

**Lápiz Azul**  
Tratamiento a realizar

**Lápiz Rojo**  
Tratamiento anterior

**Lápiz Verde**  
Selladores

 Coronas

Cantidad de Dientes existentes .....

### DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

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

# PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
02.19	75	O	R	52 362 <sup>00</sup>	04-06-15		
					362 <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, deo 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 de la inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual re-tratamiento, de ser este posible.

x/f. 94287764.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

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

Firma y Sello Profesional