

Cobertura: Accord Deseado

Asociado N° 00724459025

**DATOS DEL  
PACIENTE**



Odontopraxis Americana s.a.

Plan: .....

Apellido: Puebla

D.N.I. N°

39532501

Nombre: Macarena N

Parentesco: hija

Fecha de Nacimiento: 03/03/96

Domicilio: Intero 16 Casa 19

Localidad: Oshunia

Provincia: TDF.

C.P.: 8410

Teléfono: 431467 - 15488892

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N./M.P. 27009

Domicilio Consultorio: San Martín 1684

Provincia: TDF.

Localidad: Oshunia

Teléfono: 425016

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

**REFERENCIAS:**

Lápiz Azul  
Tratamiento a realizar

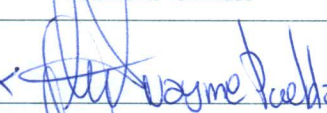
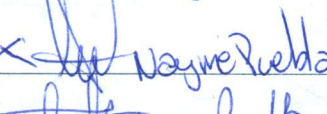
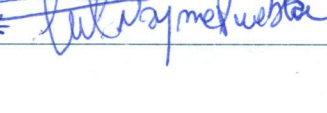
Lápiz Rojo  
Tratamiento anterior

Lápiz Verde  
Selladores

Coronas

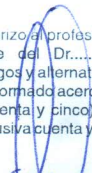
Cantidad de dientes existentes.....

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Valor a cargo de Odontopraxis	Co-Seguro a cargo del paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0215	21	✓		x 10	198	12/11/14	x 
0215	11	✓		x 10	198	12/11/14	x 
0504	-	-		x 10	410	11/14	x 

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 re-tratamiento de esta pieza.

  
39332504  
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab  
Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis  
M.V. 27-109 M.P. O.D. 99  
Firma y Sello Profesional