

Sistema: Arcand model

Asociado N°: 00926687001

Plan: 21 - 0003

Apellido: Mendez D.N.I. N°: 94545890

Nombre: Wilto

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 30/4/86

Domicilio: Stai y o fin n° 2655

Localidad: Ush C.P.: 9410

Teléfono: 15588650

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 Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

Teléfono: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

REFERENCIAS:

OPT07

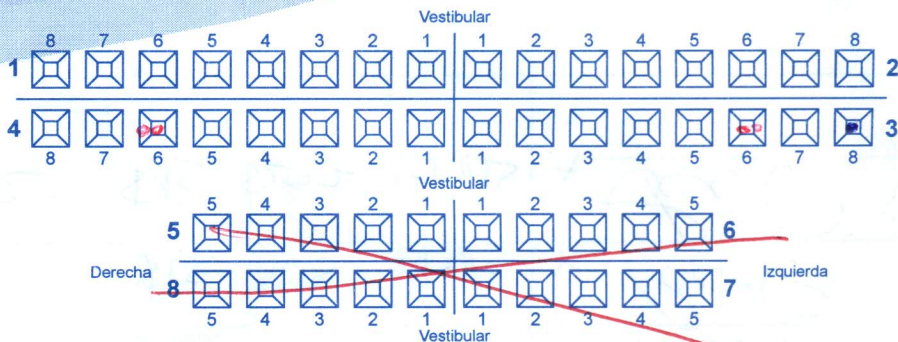
Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

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.	6/3/15	x <i>[Signature]</i>
0219	38	0	R	\$15	\$297	13/3/15	x <i>[Signature]</i>

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 retratamiento de la pieza tratada.

Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo - Implantes
Especialista en Prótesis
M.N.: 27.009 - M.P. O.P.: 33

x *[Signature]* 94545890
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional