



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturbación Ubicación	Obturbación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0501				15	\$144	28/4	

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 cualquier complicación, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, en el menor tiempo posible.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab  
  
 especialista en Endodoncia  
 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional