

Cobertura: JP - PNO.

Asociado N°: 00573838914.

Plan: 0001 - PNO.

Apellido: Insaurralde

Nombre: Nahir.

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 19-09-2006.

Domicilio: Fuego Basket. 1209

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

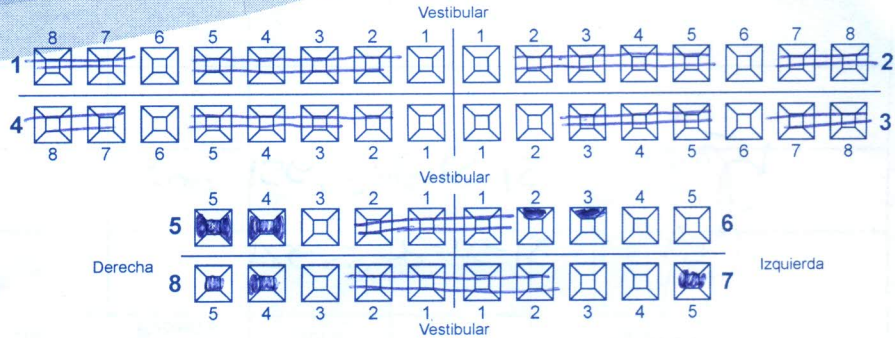
Cantidad de Dientes existentes

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 47268969



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
07.01					126 ⁰⁰	08-05-15	<i>[Signature]</i>
05.02				5 ⁰⁰	156 ⁰⁰	08-05-15	<i>[Signature]</i>
					282 ⁰⁰		

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, en el caso de ser posible.

[Signature] 32748580

Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Signature]

Odontólogo - Implantas
Especialista en P.....
M.N. 27.009 - M.P. 2011.99

Firma y Sello Profesional