


Sistema: UP - PMO
Asociado N°: 02406557027
Plan: 0001 - PMO

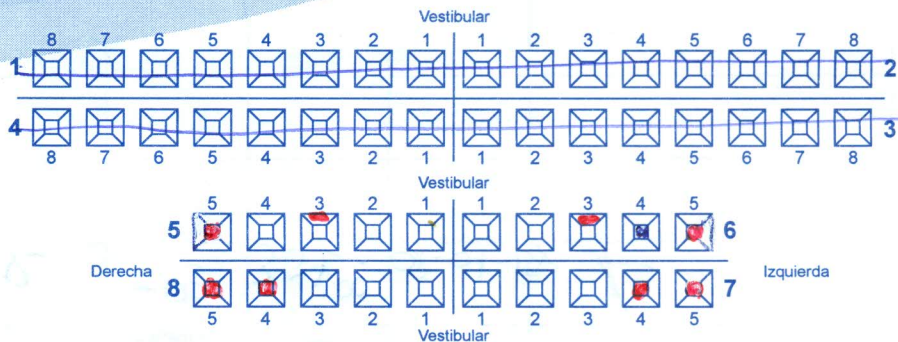
**DATOS DEL
PACIENTE**

 **Odontopraxis Americana**

Apellido: Luayta D.N.I. N°: 48486329
Nombre: Constanza
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 29-07-2009
Domicilio: Avda 2007
Localidad: Ushuaia C. P.: T. del Fuego 9410
Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab
M.N.: 27.009 M.P. O.D.: 99
Nombre: (02901) 425016
San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A
M.N. / M. P.
Domicilio Consultorio:
Teléfono:



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
02-19	84	O	R	500	352.00	02-01-15x	
					352.00		

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 tratamiento de emergencia posible.

 94284764

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando A. Schwab

Odontólogo, Implantes

Especialista en Prótesis

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

Firma y Sello Profesional