

Cobertura: Pmo UP.

Asociado N°: 008104590020

Plan: 20 - 0001

Apellido: Acevedo

Nombre: Magali Romina

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 30-04-04

Domicilio: Akaim K.

Localidad: Ushuaia Provincia: T. del Fuego C. P.: 9419

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Dr. Fernando R. Schwab

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

(02901) 425016

M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultorio:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

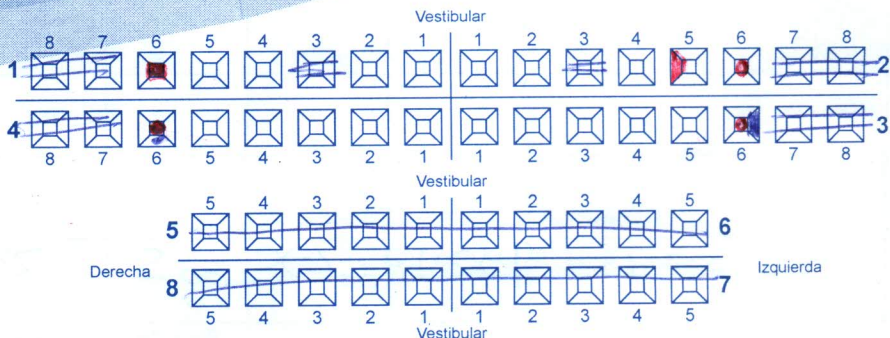
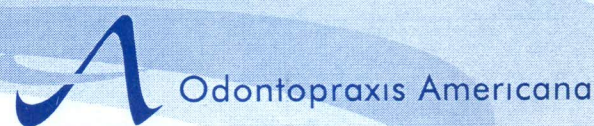
Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

DATOS DEL PACIENTE



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	36	D	R	5 ⁰⁰	362 ⁰⁰	04-06-15	x NGA lecaraz
					362 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 el no cumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual tratamiento de urgencia posible.

x NGA lecaraz
 18518746

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. NGA lecaraz
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional