

Sistema: Flow Accuro Solid

Asociado N°: 016784179090

Plan: Plan Duro

Apellido: Morgan Aranzuiz

Nombre: Notolisa

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 6/8/76

Domicilio: Puerto Argentina

Localidad: Ush

C. P.: 9410

Teléfono: 15610220

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

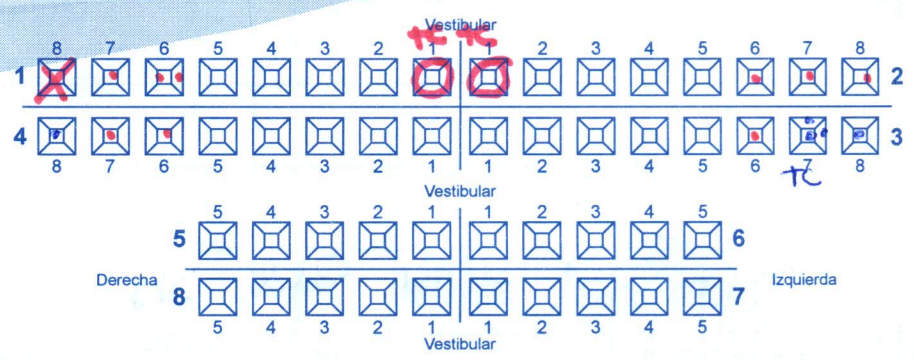
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
(02901) 425016

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

Domicilio Consultorio: .....

Teléfono: .....

### DATOS DEL PACIENTE



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.	578	15/11/15.	x

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 endodómicamente 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 ser este posible.

x 2015884

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab

Odonólogo - Implantes

Especialista en Prótesis

M.N.: 27.009 - M.P.: 001-99

Firma y Sello Profesional