

Sistema: Donado

Asociado N°: 1009192325007

Plan: 20-0003

Apellido: Elises Quereda

Nombre: Felix X. Alexander

Parentesco:

Fecha de Nacimiento:

30/6/76

Domicilio: San Martin 937

Localidad: Uruguay

C. P.: 9410

Teléfono: 15408193

#### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

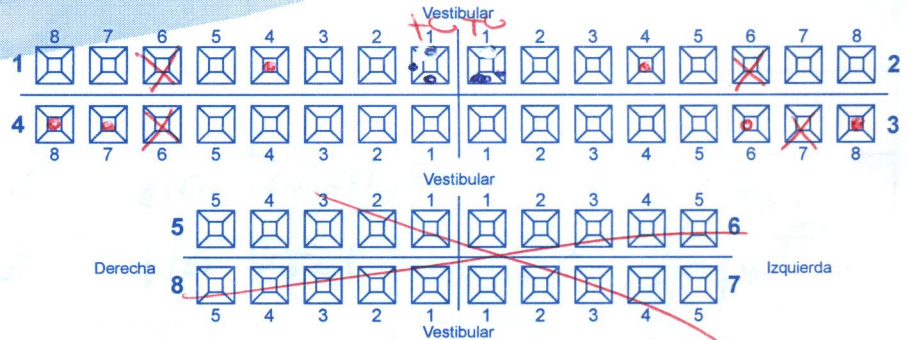
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

(02901) 425016

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

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
0216	11	P	R	\$10	\$254	27/3/15	X
0216	21	P	R	\$10	\$254	27/3/15	X

Observaciones por n° 11 y 21  
 Restos de resina  
 de endodoncia.

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 posible fracaso e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro de la pieza.

*[Firma]*  
 94808816  
 Firma del Paciente y N° D.N.I.

*[Firma]*  
 Dr. Fernando R. Kawab  
 Odonólogo - Implantólogo  
 Especialista en Prótesis  
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  
 Firma y Sello Profesional