

Sistema: UP

Asociado N°: 100728065100

Plan: NO NOTRIBUO

Apellido: SARACCO

Nombre: CONZALO

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 10/09/86

Domicilio: J de los PALMOS 330

Localidad: C. P. :

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: SCHWAB

Nombre: FERNANDO

M.N. / M. P. 27009/99

Domicilio Consultorio: S. MARTIN 1684

Teléfono: 425016

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 31216158176111

Vestibular																				
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	2			
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	3			
								Vestibular												
								5	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	
Derecha								8	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	7	Izquierda
								Vestibular												

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
0802				15	115	22/09/14	
					115		

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 odontológicamente 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 reintegro de la pieza posible

D.N.I. 32.265.876
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Hernando A. Schwab
Especialista en Prótesis
M.N.: 87.089 M.P. O.D.: 99
Firma y Sello Profesional