

Sistema: UP

Asociado N°: 01081041591013B

Plan: PNO

Apellido: ACQUERO

D.N.I. N°: 4119741011211

Nombre: PABLO AUSTIN

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 02/12/96

Domicilio: AKAINIK 759

Localidad: C. P.:

Teléfono: 15410062

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:

Derecha								Izquierda							
Vestibular								Vestibular							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
4	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
5								6							
8								7							
5								4							
4								3							
3								2							
2								1							
1								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
0220	12	01	12	15	270	4/01/15	Pablo Acevedo
					270		

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 en 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 retratamiento, de ser esto posible

Pablo Acevedo
41974012

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernando R. Schwab
Odontólogo Implantas
Especialista en Prótesis

Firma y Sello Profesional