

Sistema: Accord Solcol
Asociado N°: 00675260918
Plan: 22 / 0003
Apellido: Vivas
Nombre: Rodriguez Lucas
Parentesco: hijo
Fecha de Nacimiento: 26/05/96
Domicilio: Yowen 2026
Localidad: Ushuaia
C. P.: 9410
Teléfono: 434563

DATOS DEL
PACIENTE



D.N.I. N°: 39391134511

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab
Nombre: Fernando
M.N. / M. P.: 24009
Domicilio Consultorio: San Martin
1684 12950 Dto A.
Teléfono: 425016

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

REFERENCIAS:
OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar


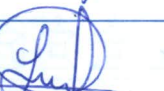


Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

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
0101				10. \$	83	04/01	* 
0290	16	OP		10 \$	220	14/01	* 
0219	47	O		10 \$	220	9/1/15	* 
0219	46	O		10 \$	220	9/1/15	* 

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 mi incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible.

Especialista en Pr.
M.N.: 27.509 - M.P. O.D.: 99

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional