

Cobertura: W

Asociado N°: 966798047

Plan: Uno

Apellido: Berna

D.N.I. N°: 25028381

Nombre: Diego R. Berna

Parentesco: Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Localidad: Ushuaia Provincia: Mag C. P.: 9410

Teléfono:

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

N°: 27.009 - M.P. O.D.: 99

(02901) 425016

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

Domicilio Consultorio:

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

OPT07

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

☐
Coronas

Cantidad de Dientes existentes

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

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

Derecha Izquierda

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0104	75		✓	10	97	22/01/11	
					97		

Observaciones

AFB
Posterioridad

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, deo expreso que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada en un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento en la acción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reintegro de este posible tratamiento.

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional
M.P. O.D.: 99