

Sistema: Accor Salud Flor Dorado

Asociado N°: 00670398003

Plan:

Apellido: Contreras

Nombre: Ariel Elias

Parentesco: Titular

Domicilio: Holl Holl 1808

Localidad: Yshuaia

Teléfono: 15511220

DATOS DEL PACIENTE

Odontop

D.N.I. N°: 27

Fecha de Nacimiento: 26/04/79

C. P.: 9400

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schawb

Nombre: Fernando

M.N. / M. P. 27009 -

Domicilio Consultorio: San Blas

1684 1800 060A

Teléfono: 425016

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

REFERENCIAS:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

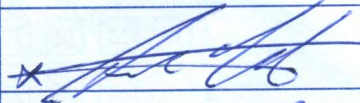



Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

OPT07


PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0104.10.2 14		OD.		\$10	118	12/9	* 
0301	14			\$20	312	24/9	* 
0210	45	OD		\$10	270	30/9	* 
0101				\$10	83	24/9	* 

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


Firma del Paciente y N° D.N.I.

Espe. M.N. 27354/07
Firma 
P.O.D.: 97

Firma

