

Cobertura: Dono

Asociado N°: 00678660098

Plan: 21-0003

Apellido: Wiener BonBusch

Nombre: Mohel

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 18/8/71

Domicilio: Paster Leuven 757 1° B

Localidad: urubia Provincia: T. Fuego C. P.: 9410

Teléfono: 15612029

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:

Nombre: Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27.009 - M.P.O.D.: 99

M.N. / M. P. (02901) 425016

Domicilio Consultorio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Provincia:

Localidad:

Teléfono:

REFERENCIAS:

OPT07

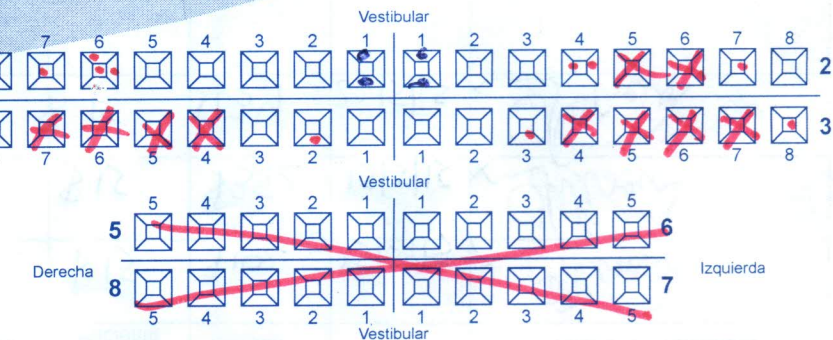
Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

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				\$15	\$102	15/5/15	x <i>[Firma]</i>
0220	48	VO	R	\$15	\$352	15/5/15	x <i>[Firma]</i>
0301				\$15	\$134	22/5/15	x <i>[Firma]</i>

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, he expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada, aceptando 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 re-tratamiento, de ser este posible.

[Firma] P2P65411

Firma del Paciente y N° D.N.I.

[Firma]
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional