

Sistema: ..... UP

Asociado N°: 0079292007

Plan: 2-0009

Apellido: Colinva

Nombre: Bernardo

Parentesco: .....

Fecha de Nacimiento: 27/9/61

Domicilio: U. Loma

m-1933

Localidad: USA

C. P.: 01410

Teléfono: 15508062

#### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: .....

Nombre: .....

Dr. Fernando R. Schwab

M.N.: 27.009

M.P. O.D.: 99

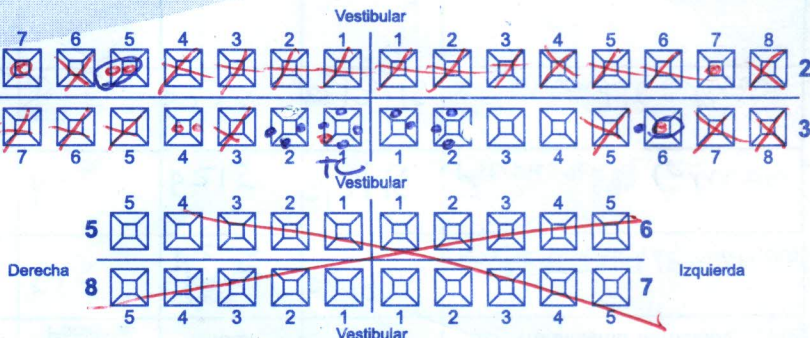
M.N. / M.P. (02901) 425016

San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A

Domicilio Consultor: .....

Teléfono: .....

**Derecha**



**Izquierda**

#### 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
0216	41	UDLN		\$15	\$215	26/2/15	xBernordite Colivoro
0216	15	OD		\$15	\$215	3/3/15	Bernordite Colivoro
0216	42	DUN		\$15	\$215	13/3/15	xBernordite Colivoro

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.

xBernordite Colivoro

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Carlos R. Schwab

Odontólogo - Implantes  
Especialista en Prótesis

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

Firma y Sello Profesional