

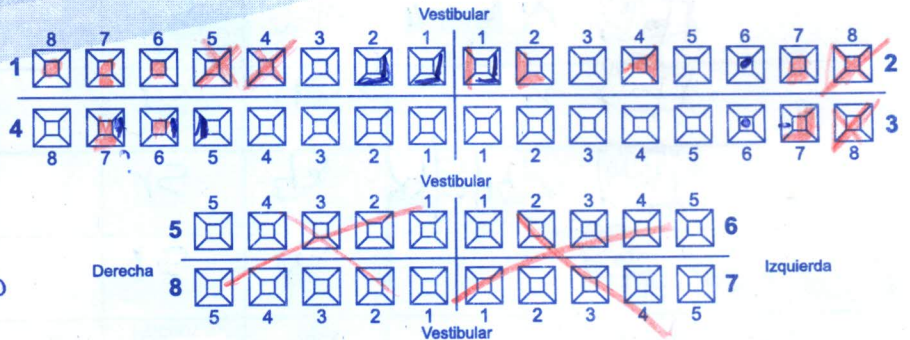
Sistema: PMO
 Asociado N°: 00183609023
 Plan: 0003
 Apellido: Jiménez Isabel
 Nombre: Isabel
 Parentesco: Fecha de Nacimiento: 07/04/1941
 Domicilio: Bº Cañadón Gco 20
 Localidad: C. P.: 8410
 Teléfono: 15411155

DATOS DEL PACIENTE

36-37
 Jiménez Isabel
 46-47
 UPD70

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Schwab
 Nombre: Fernando
 M.N. / M. P.
 Domicilio Consultorio: A. San Martín
12 Pto Dto A
 Teléfono: 425 016



REFERENCIAS:
 OPT07

Lápiz Azul
 Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
 Tratamiento anterior

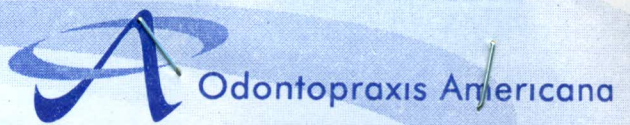
Lápiz Verde
 Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

Sistema: PMO
Asociado N°: 00783609023
Plan: 0003
Apellido: Antquez Isabel
Nombre: Isabel

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

Parentesco: Fecha de Nacimiento: 06/04/72
Domicilio: D^o Cañadón Gco 20
Localidad: C. P.: 8460
Teléfono: 1541185

DATOS DEL PROFESIONAL

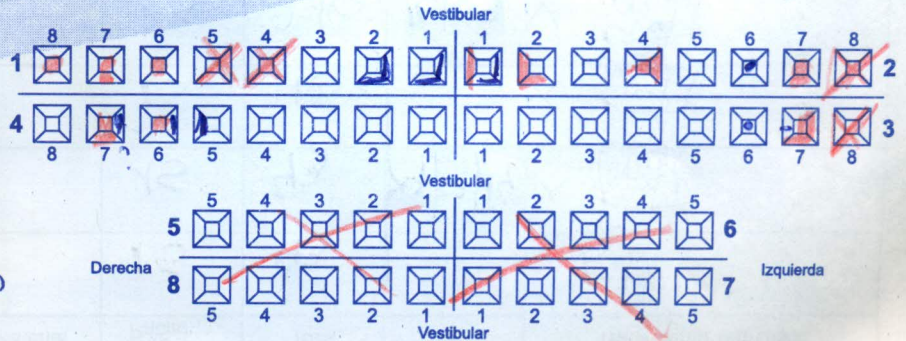
Apellido: Schwab

Nombre: Fernando

M.N. / M. P.

Domicilio Consultorio: Av. San Martín
12150 Dto A

Teléfono: 425016



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
0901	36/37			15	43		X 
0901	46/47			15	43	09/09/14	X 
0501				15	110		X 
0220	46	017		13	240	16/09	X 

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 retratar de ser esto posible

Firma del Paciente

