

Cobertura: Acción

Asociado N°: 518601917

Plan: Donante

Apellido: Alba

Nombre: Miguel

Parentesco: Pien con 7no

Domicilio: 634

Localidad: 1558502

Teléfono: 1558502

DATOS DEL PACIENTE



Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 90571011

Fecha de Nacimiento: 20-11-86

Provincia: 905 C. P.: 840

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido: Dr. Fernando R. Schwab

Nombre: M.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:

Lápiz Azul
Tratamiento a realizar

Lápiz Rojo
Tratamiento anterior

Lápiz Verde
Selladores

Coronas

Cantidad de Dientes existentes

Diagrama dental con notaciones de P/te y V/te, y marcas de tratamiento en los dientes.

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
9191					102	22/6/10	x MARTIN.
0701					039	27/6/10	x MARTIN.
1021	2411						
					236		

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 sido expresamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada a un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de inactividad e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser el caso, posible.

MARTIN YOSAFID
Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

