

Sistema: P70
Asociado N°: 0086496006
Plan: 20-0001
Apellido: Pharis
Nombre: Luis

DATOS DEL
PACIENTE

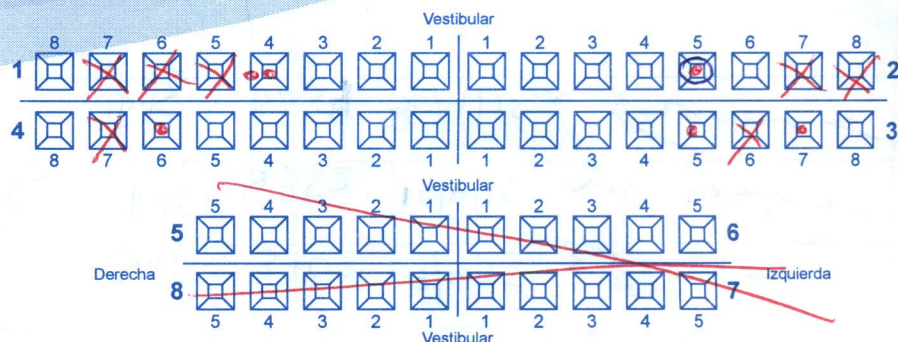
Odontopraxis Americana

D.N.I. N°: 268918715

Parentesco: Fecha de Nacimiento:
Domicilio: Soldado Aguirre 2373
Localidad: Ushuaia C. P.: 9410
Teléfono: 15480101

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido:
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab
M.N.: 27.009 M.P. O.D.: 99
(02901) 425016
M.N. / M.P. Martín 1684 Piso 1 Dpto. A
Domicilio Consultorio:
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	9/4/15	x <i>Romero</i>
0219	25	0	R	\$15.	\$352	16/4/15	x <i>Romero</i>
0501				\$15	\$134	30/4/15	x <i>Romero</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, dejo expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente, de la necesidad de la colocación de implantes, máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento.

Romero 26898715

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Dr. Fernanda R. Schwab
 Odontólogo - Implantólogo
 Especialista en Prótesis
 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99

Firma y Sello Profesional