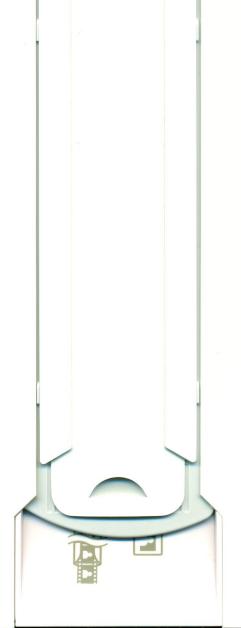
	istema: UP- was the state						
	Asociado Nº: 0197912191210	DATOS DEL		Odontopraxis Americana			
	Plan:	the first and the second secon					
	Apellido: Terrores les						
1				11.0			
	Parentesco:	Fecha de Na	cimiento:\. \				
	Domicilio: Cilo Uuo: Localidad: Localidad: Localidad	the state of the s					
	Teléfono: 42969						
			Vestibular				
	DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:	1 8 7 6 5 4	3 2 1 1	2 3 4 5 6 7 8 2			
	Apellido.						
	Nombre:Dr. Fernando R: Schwab	4 4 4 6 5 4					
	7.10.09 - M.P. Q.D.: 99	5 4	Vestibular 1	2 3 4 5			
	M.N. / Martin 1684 Piso 1 Dpto. A	Derecha Derecha	四回回回				
	Domicilio Consultorio:	8 A	南南南南	7 izquiei da			
		The state of the s	Vestibular				
	Teléfono:						
	REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar	Lápiz RojoLápiz VerdeTratamiento anteriorSelladores	Coronas	Cantidad de Dientes existentes			
	GF107						
		7					
		-					



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	pp 1242 589 3	Coto A		B15	\$83	6/2/15	X Blumordity Colivoro
0501	articles	hwab bD.s gg		315	\$110	12/2/15	xBunondila Colivor
		2000					
	Botton		-			*******	
	TING TO						non more to operation.
Doings No.	TAR O	100					

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habie conocido por parte del Dr
complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente estáblecido qui sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un p
máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacc
asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de sej esto posible
Dr. Fernand
& Blys cardila Colyppa Odoptólogo - Inolanto



Especialists en profesional

