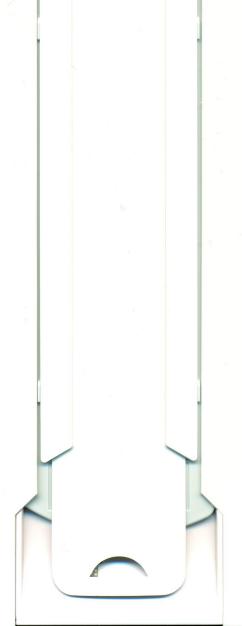
Sistema:	Odontopraxis Americana D.N.I. Nº: [3]749101815191111
Nombre: TUAN PABLO Parentesco: Fecha de	
Localidad: C. P. :	
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Dr. Fernando R. Schwab	Vestibular 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 Nombre: (02901) 425016 San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A M.N. / M. P. 5	Vestibular Vestibular Vestibular A 3 2 1 1 2 3 4 5 6 6
Domicilio Consultorio: 8 5	4 3 2 1 1 2 3 4 5 7 Izquierda
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verd Selladores OPT07 Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores	



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	93	03/10/14	b MM
	(02901) 4; Martin 1684 P	5016				1 1	
	Dt. Fernando F LN.: 27.009 - M	L Schwab LR O.D.: 99					8
					V		
	2	A 6 : 5	Ø.		93		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los trata conocido por parte del Dr.	
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformid sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto l	la pieza tratada endodónticamente dentro de un p
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de	un eventual retratamiento, de ser esto posible
	37,9254	Especialista en Fotesis M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
	Firma del Paciente y Nº D N I	Firma y Sello Profesional

