Plan: Apellido: Nombre: Parentesco: Parentesco: Domicilio: Localidad: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: SCANWOW Apellido: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Apellido: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Apellido: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: DOMICILIO DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: DOMICILIO DATOS DEL PROFESIONAL APELLO DOMICILIO DOMICILIO DOMICILIO DATOS DEL PROFESIONAL APELLO DOMICILIO DOMICILIO DOMICILIO DATOS DEL PROFESIONAL APELLO DATOS D	Sistema:	··O·····	
Plan: Apellido: Nombre: Parentesco: Domicilio: Chulout C. P.: Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schwald Apellido: Apellido: Schwald Apellido: Apellido: Schwald Apellido: Ape	Asociado Nº: HILLENDO	DATOS DEL	Odontopraxis Americano
Nombre: Parentesco: Fecha de Nacimiento: 2 2 - 12 - 03 Domicilio: CNN 0 1 (91) Localidad: VSN 9 Vo. C. P.: Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schwolb 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
Parentesco: Domicilio: Chulout (91) Localidad: UShuouk C. P.: Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schwol Apellido: Nombre: Apellido: Ape	Apellido:		D.N.I. Nº: 11514161+121+1+11
Domicilio: CMU/0.3+ (91) Localidad: VSM3Q.Q. C. P.: Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schwoy Nombre: 4e Non & 1			22-12-13
Localidad: USMONO. C. P.: Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schwon			
Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schwoly 1	1101 0		
Apellido: Schwob 1			
Apellido: Schwol) Apellido: Sch	DATOS DEL PROFESIONAL		Vestibular
Nombre: 46 Nomboo 48 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 M.N. / M. P. 90 M.N. / M. P. 90 Domicilio Consultorio: 8 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9			
M.N. / M. P. QQ Domicilio Consultorio: Son Months 16.04 Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes		4 2 2 2	
Domicilio Consultorio: 8	Nombre: 4e van do	8 7 6 5 4	3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 Vestibular
Domicilio Consultorio: 8	00	5 ⁴	å å å å å å å 6
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes		Derecha Range	M M M M M M Zquierda
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes Coronas Cantidad de Dientes existentes		5 4	3 2 1 2 3 4 5 Vestibular
Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes		and the companion of the same	
Tratamiento a realizar - Tratamiento antenor - Selladores - Coronas - Canudad de Dientes existentes	REFERENCIAS Lápiz Azul		0
	OPT07 Tratamiento a realizar	Tratamiento anterior 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
05.02				300	1150		× Manuelul
							7
	-					1	
operation.		The state of the s				i acti	
						12/1	
					11500		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los traticonocido por parte del Dr	La naturaleza de los tratamientos, posible
Sandrate and the sand and the s	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformid	iad. Asimismo, dejo expresamente establecido que n la pieza tratada endodónticamente dented de un plaz
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de	a responsabilidad por mi incumplimiento e inacciol o un eventual retratamiento, de ser esto posible
		Dr. Fernando R. Schwab
	2 Confilled	Especialista en Protesis.
	Firma del Paciente y Nº D.N.L.	Hirma y Sello Profesional. 33