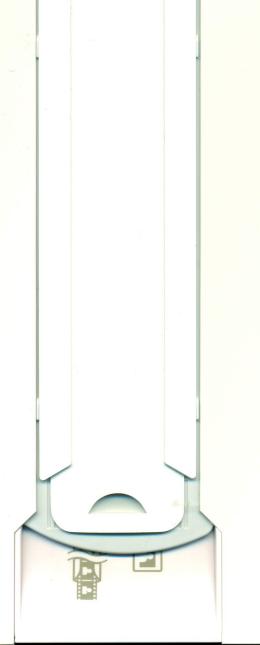
Sistema: ACOTA SOUJ  Asociado Nº: PISISISIO 18  Plan: OOO1 - PTO. DATOS DEL PACIENTE  Apellido: Galeano D.N  Nombre: Ageleu.	Odontopraxis Americana
Parentesco: Fecha de Nacimiento: E  Domicilio: Isla And Nuevo 217  Localidad: USNUAIQ C.P.: 9410  Teléfono:	-01-2006
DATOS DEL PROFESIONAL  Apellido:  Dr. Fernando R. Schwab  M.N.: 27:009 - M.P. O.D.: 99  Nombre: (02901) 425016  San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  M.N. / M. P.  Derecha  Vestibul  1	1 2 3 4 5 6 7 8 2 1 2 3 4 5 6 7 8 3 1 2 3 4 5 6 7 8
Teléfono:  REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar  OPTO7  Lápiz Rojo Tratamiento anterior  Lápiz Verde Selladores  Coronas	1 2 3 4 5 ar  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
02.19	55	М,	R	500	3620	07-05-19	x AZ
2.0	11 yrin 1684 Pis	o 1 Dpto. A		0 4			
- 0	27,009 - M.( (02901) 425	: O.D.: 99				*	1
t with the	. Selpe et		- Ligare				
							# 1 m
hombia T	. 370 V		0 31	Ţ	36200		3

Observaciones		Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habieno conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamientos posible complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establegido que l
		sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un pla. máximo de 45 (cuarenta y cinco días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacció
	9601 - L	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retretamiento, de esto posible como contrologo. Includo la como como contrologo - Implicações
	537643019	26 16 15 2 7 Especialista en Polesia M.N. 27.009 - M.E. 27.009
	7755-7-6977	Firma del Paciente y Nº D.N.I. Firma y Sello Profésional

