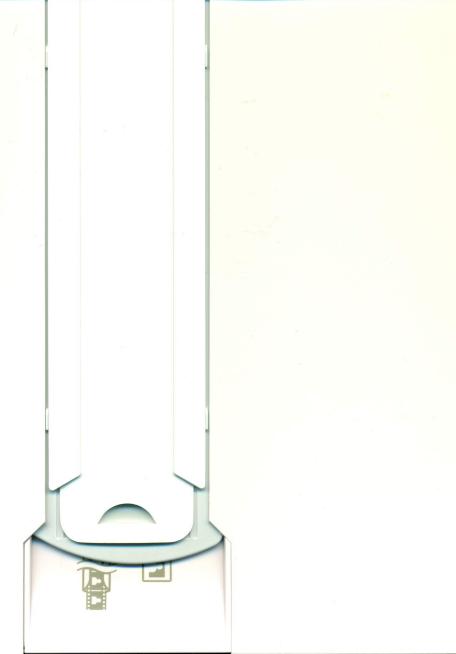
| Asociado Nº: 20 H 3 H 90 H Plan: Apellido: Marthaus Ra | DATOS DEL PACIENTE | Odontopraxis Americana D.N.I. Nº: 1998 |
|--|---|--|
| Nombre: Gue arru | Fecha de Naci | imiento: 3) - 10 - 61 |
| Dr. Fernando R. Schwab Nombre: M.N.: 27:009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 M.N. / M. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A Domicilio Consultorio: | 1 8 7 6 5 4 4 3 7 6 5 4 4 8 7 6 5 4 8 7 6 5 4 Derecha 8 3 3 3 5 | Vestibular Vestibular |
| REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz OPT07 Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento | | 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 |
|---------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------|----------------------------------|----------------|-------|---|
| 01046 | 7 36 | | | | 88 | 3/2/1 | Jahan |
| Son 1 | 36 | O.D.: 99 116 1 Onto A | | | 45 | 3/2/w | |
| 0220 | Se Fernando R. 1 | © ₹ | 73 | | 284 | 3121~ | |
| e 12 1 | · Research | | | | | | |
| r - W- Trill Southerna | n 3 | | | | | | |
| September 1 | . 12 | | · 99 | - | 930 | | |

| Observaciones | | Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar lo conocido por parte del Dr. |
|---------------|--|---|
| | | complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de con- sido debidamente informado acerca de la necesidad de reha |
| | | máximo de 45 (cuarenta y cinco) das. Caso contrario, ac asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos cos |
| | | TO PROVI |
| | Level and the latest t | AM |
| | | N I I |

los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo La naturaleza de los tratamientos, posibles informidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he abilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un plazo cepto la responsabilidad por mul joc monte fundamento inacción, istos de un eventual retratamiento de se appresso posible

M.P. O.D.: 99

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

Firma y Sello Profesional

