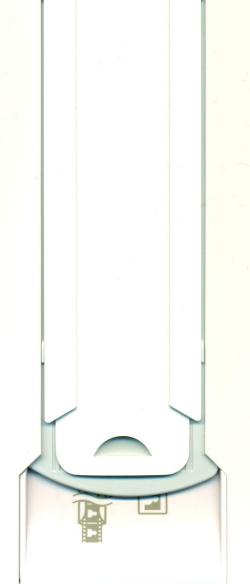
	Sistema: Asociado Nº: SIFILITI SIFI PT SIFI DATOS DEL PACIENTE Apellido: Cardo Fo Ourcous D.N.I. Nº: PS FFIFFE
	Nombre: U + Soco Parentesco: Fecha de Nacimiento: 29-7-49, Domicilio: U U U B CL B B C. P.: Teléfono: 1944 (6 16
	DATOS DEL PROFESIONAL 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 Apellido: Dr. Fernando R. Schweb 4 9 9 9 9 9 9 9 9 3
	Nombre: M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 San Martín 1684 Piso 1 Dpto: A M.N. / M. P. Domicilio Consultorio: Derecha 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8
Á	Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul 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
01046	245	- * 2			43	3-2-1	9Liz Diana
03-7	97	5016 501 Cpto. A	a		94	3-7-14	eliz Diana
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Ot Fernando R.	Schwab					6
							7
8 - CO - C		170 1					2
g = "					143	3.	

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por minimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual certatamiento, de ser esto posible
	PLIZ Diana Odonologo Imilantes Especialista en Protesis Milazzona IIII de la como inclusión
	Firma del Paciente y Nº D.N.I. 95,971.776 Firma y Sello Profesional

