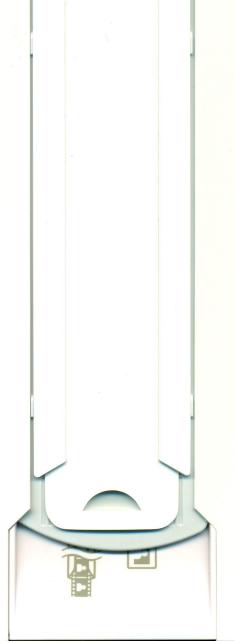
Sistema:  Asociado Nº: PIOISIOMISITIPIOITY  DATOS DEL PACIENTE  Apellido: Mer hinetto Sanchez.  D.N.I. Nº: MISRMISGINI
Nombre: Exequiel.  Parentesco: Fecha de Nacimiento: 25 · 11 · 2008
Domicilio: terito (creno ?253.
Localidad: UShJana. C.P.:
Teléfono:
DATOS DEL PROFESIONAL 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Apellido: 1 N N N N N N N N N N N N N N N N N N
Dr. Fernando R. Schwab 4 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 3 3
Nombre:M,N,::.27:009M,P. Q,D,::.99
M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A 5 A 6
Domicilio Consultorio: 8
5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 Vestibular
Teléfono:
REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar OPT07  Lápiz Rojo Lápiz Verde 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
10.60		;			10500	05-03-15	< MPaul
8	nn: 27,009 - 1 (02901) 4 n Martin 1684	25016					
	Dr. Fernando	R. Schwab		(2 A	KA A	A.	A A A A A
Line of Co						9.32	
arte de							
- I y	5-1 F-	\$7 <i>*</i> , -	557		10500		A

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Hab conocido por parte del Dr	sil
4 7 1 7 7 7 7 7 7	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido q sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodonticamente dentro de un máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento a inac asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual relabilimiento su escribilidad por mi incumplimiento de considera de consider	pl
	Odontó ogo - Impla Especialista en Pro	
	MAL COLOR	

Especialista en Pro
Especialista en Pro
M.N.: 27,09

Firma del Paciente y Nº D.N.I. Firma y Sello Profesional

