Sistema: ACC ORD SAU	20	19
Asociado Nº:	DATOS DEL	Odontopraxis Americana
Plan: RUATANO	PACIENTE	
Apellido: TIOO IOI	<b>D</b>	D.N.I. №: 131316161513131
Nombre: St)/	MA60	
Parentesco:		27/0488
Domicilio: HOU	tol 1881	
Localidad:	C. P. :	
Teléfono:	12342310	
DATOS DEL PROFESIONAL	8 7 6 5 4 3 2	Vestibular  1   1   2   3   4   5   6   7   8
Apellido: Dr. Fernando R. Schwab		
Dr. Fernando K. SCHWab M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99	40000000	
M.N.: 27,009 - M.P. O.D.: 99 Nombre: (62901) 425016	8 7 6 5 4 3 2	1 1 2 3 4 5 6 7 8 Vestibular
San Martin 1684 Piso 1 Dpto. A	5 \$ \$ \$ \$ \$ \$	
M.N. / M. P	Derecha Derecha	Izquierda
Domicilio Consultorio:	5 4 3 2	1 1 2 3 4 5
Teléfono:		vestibular
Lániz Azul Lán	iz Rojo Lápiz Verde (	
		conas Cantidad de Dientes existentes
	7 -	
	× ×	
	2	

## PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0104	36	-	~		93	24/10/14	Forend
29		Like 1 Optor A					
<i>b</i>	OF STORMARS	. Schwab .p. O.D.: 99				*E	
Services			1 2/13	15			
Tarmester,	l l	-K.6	CpCrp*	1861	93		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr					
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos	de un eventual retratamiento, de sarresto posible				
SP JULY	133	66233 Especialista en Prótesis M.N. 27,009 - M.P. D.D.: 99				
ACAN S	O FORDER	M.N.I 27.009 - M.P. D.D.: 99				
	Firms del Deciente y NO D NV	Firma y Sello Profesional				