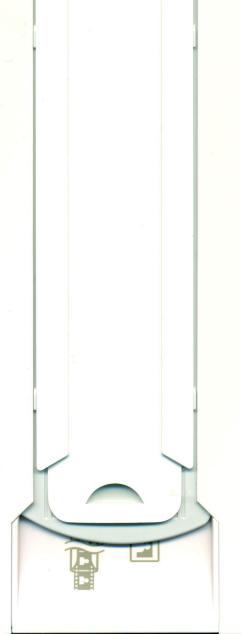
Sistema: Uf - Accord.
Asociado Nº: 192811 1918 6 10 29 DATOS DEL Odontopraxis Americana
Plan: 0003 - A COORD SOUR PACIENTE
Apellido: Caraba D.N.I.Nº: YPE61883411
Nombre: Facondo.
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 28 - 12 - 2009
Domicilio: Tucusson 4895
Localidad: USMUAIA C. P.: 9410
Teléfono:
DATOS DEL PROFESIONAL 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Apellido: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Dr. Fernando R. Schwab Nombre: M:N:: 27:009 - M:P: 0:D:: 99
(02901) 425016 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5
M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A 5
Domicilio Consultorio: 8 2 2 2 2 7 Izquierda
5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 Vestibular
Teléfono:
REFERENCIAS: OPT07 Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Lápiz Rojo Tratamiento anterior 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
10.50	august 1			_ • <u>W</u>	12600	\$-05-15	× Co
20.20		1 - M.P. O.D.: 9 1) 425016 84 Piso 1 Opto	V	5∞	15600	8-05-5	ille
		da R. Schwab				*	
ovus tism	Alexander of					bert iller	
61977.8 J.m.s					nativa.		
Special .		7/3 -	*		28200		

Observaciones Boca Sang	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habieno conocido por parte del Dr			
19993 2 2 27	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de	un eventual (1966) in 1966 in		
THE HELDER	Firma del Paciente y N° D.N.I.	Firma y Sello Profesional		

