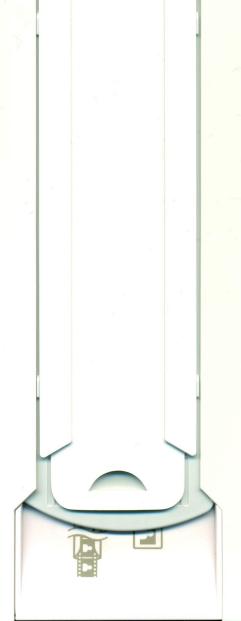
Sistema: ACCOLD SAU Asociado Nº: LDIZ MIZI 91413 IZ IOIOI Plan: PLATINO W Nombre: FULTINO W Parentesco:	DATOS DEL PACIENTE	Odontopraxis Americana OPAM S.A. D.N.I. Nº: BI4131315111844111 2612188
Domicilio:		
Localidad:		
Teléfono:		
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:		Vestibular 1
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 M.N. / M. P. (02901) 425016 Domicilio Consultorio: Teléfono:	4	Vestibular 1
	z Rojo Lápiz Verde Coro	onas 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
0220	Martin 1684 Pis	OT OTU	R	8 III	270	14/01/15	
W'I	n: Fernando R. N.: 27 :009 - M.R					V.	
		-1 -1					
DWAYS CARS	BREKERONY		\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\				
possipe		V.				1 de 1	
Constellin	100 N				270		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he
	sido debidamente informado acerca de la recesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un plazo
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacción,
	asumiendo a mi exclusiva grenta y cargorodos aquellos costos de un eventua retratamiento, de ser esto posible
	Fonetialista en rótesis Odontólogo - Implantes
	Especialista de Protesis
	M.N.: 27.099 - M.P. O.D.: 99
	M.C.: 27009-) M.P. O.D.: 99
	M.N., 27,099 - M.P. O.D.: 99 Especialista so Prótesis

