Parentesco:  Domicilio: O.I. New   1860  Localidad: US NUCLO  Teléfono:  DATOS DEL PROFESIONAL  Apellido: Schulds  Nombre: Sel New &  M.N. / M. P. 99  Domicilio Consultorio:	Fecha de Nacimie	ento: 20 - 02 - 08 .
Teléfono:  REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar  OPTO7  Lápiz Azul Tratamiento a realizar  Tratamient	Rojo Lápiz Verde o anterior Selladores	Vestibular  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 Yfatamiento Terminado
of .01.	7	1000			9300	Q-16-14	Lynall
	£ 55.						
	<u> </u>					ş	
irange Lyngrae (	2-77-5070						
Callings.	2000						
	for latter	16 62	1		9300		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiconocido por parte del Dr	ible
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un p máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inac asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible	olaz
	Dr. Fernando R. Schwab Odontólogo - Implantes	

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

Especialista en Prótesis.

M.Rima y (Sello) Profesionas