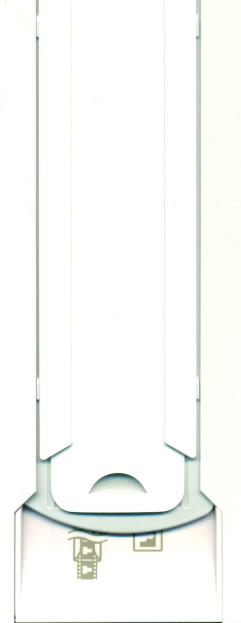
Nombre: 25 Co 45 Parentesco: Domicilio: 135 +	DATOS DEL PACIENTE Fecha de N C. P.:	D.N.I.	Odontopraxis Americana opam s.a. 1) \$3
Dr. Fernando R. Schwab Nombre: M.N.: 27:009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto, A Domicilio Consultorio: Teléfono:	1 8 7 6 5 4 4 3 7 6 5 4 4 8 7 6 5 4 Derecha 5 5 4	Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular	2 3 4 5 6 7 8 3 2 3 4 5 6 7 8 3 3 2 3 4 5 6 7 8 7
	z Rojo nto anterior Lapiz Verdi 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
9/01		r ebel V			88	3-2	a fr
1020	(02901) 4257	O.D.: 99			civ	3-2	n de
0216	36	CHWAD T		0/	715	3-2	
0716	46	OL		1	21 1	3-2	Lin
		3. 2.		, C 5		2	
Openie (- 3		633	e T	

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr
	Odpnip of Implantes
	Especialista en Protesis M.N. 27/009 M.P. O.D. 99
	Firms del Pasiente y Nº D N I

