-	Cobertura:		1
	Asociado Nº: 1007119733	DATOS DEL	Odontopraxis Americana
	Plan: Accord Docodo	PACIENTE	
	Apellido: A COSTO	A	D.N.I. Nº: 37241613321111
		100.680	
	Parentesco:	Fecha de Nacimient	30 12/86
	Domicilio: 0 - (@ 1600)	Z CO+030	
	Localidad: USNUDA	Provincia: Fear	C.P. 9410
	Teléfono:	1/19526082 (ESM	
	DATOS DEL PROFESIONAL	8 7 6 5 4 3	Vestibular 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2
	Apellido:		
	Nombre:	4	
	Dr. Fernando R. Schwal	b	Vestibular 2 1 1 1 2 3 4 5
	M.N. / M. P. M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: (02901) 425016	99	
	Domicilio Corsultorin 1684 Piso 1. Dp	toA Derecha 8	Zquierda Zquierda
	Provincia:		2 1 1 2 3 4 5 Vestibular
	Localidad:		
	Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar	Lápiz Rojo Lápiz Verde	Coronas Cantidad de Dientes existentes
	OPT07 Tratamiento a realizar	Tratamiento anterior Selladores	Colonias Cantidad de Pientes existence
		Name of the second	
		1 1	
		P	

PARA USO PROFESIONAL

Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento/Terminado
4891 Uniquip	25016 250 L Opto, A	#	15	93.	16/6	*
tis femando (h 27.009	ti Schwal N.P. Oublit 95	#	15	134	16/6	X
14	0	#	15	352	29/6	× of.
2						W
E.		Na_SaSt		1 1		
		-		578		
	ulo flormando (5) - 77,009 (02901) - ri etienin (1584	Ubicación Ubicación	Pieza dentaria Ubicación Material	Pieza dentaria Ubicación Obturación Cargo del Paciente 15	Pieza dentaria Dittraction Cargo del Paciente Total	Pieza dentaria Obturación Waterial Cargo del Paciente Total Fecha Fecha 15 93- 166 15 139 166

Observaciones	Por la Presente, autorizo al pri conocido por parte del Dr
	complicaciones, riesgos y alter sido debidamente informado a
	máximo de 45 (cuarenta y cir asumiendo a mi exclusiva cuel

La naturaleza de las tratamientos indicados en esta Historia Clínica, Habiendo
La naturaleza de las tratamientos, posibles
ernativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresaj ente establecido que he
acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente despo de un plazo
sinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad un de inventada e inacción,
anta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento un sente posible

clalista en Protesis

32 463 321 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

