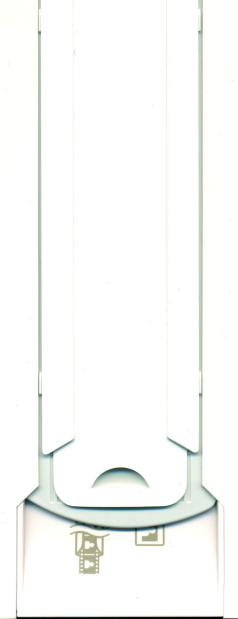
Cobertura: Accord  Asociado Nº: BHALLINGO PI  Plan: Sold Sold Sold Sold Sold Sold Sold Sold	DATOS DEL PACIENTE		Jiontal 371
Nombre: Bruw	Fecha de Nac	cimiento: Zo	-12-68, C.P.: 5210
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:	1 8 7 6 5 4	Vestibular  3 2 1 1 2	3 4 5 6 7 8 2
Dr. Fernando R. Schwab  Nombre: M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  (02901) 425016  M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  Domicilio Consultorio:  Provincia:  Localidad:  Teléfono:  REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar  OPT07		3 2 1 1 2 Vestibular 3 2 1 1 1 Vestibular 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	3 4 5 6 7 8 3 A 5 6 A 7 A 8 A S A A 5 A A 5 A A A 5 A A A A 5 A A A A



## PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
1010	R			Vo	10?	72/6/15	BS
0220	16	08	)	No	3+2"	13/10/2	BS
0>20	in the	وسر	N	L	352	77/6/18	JBS
granta princ							
no treve							
- Trustan	Towns of		2 6		806		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamie conocido por parte del Dr. complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pi	La naturaleza de los tratamientos, posib Asimismo dejo expresamente establecido que
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de renabilitar la pi máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la re asumiendo a mi exclus <b>i</b> va duenta y cargo todos aquellos costos de un	esponsabilidad po <b>1000 por la propia de</b> inacci
	405	M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
	Nirma del Paciente y № D.N.I.	Firma y Sello Profesional

