Cobertura:	MENUNETRI CENTRES		
Asociado Nº: 1 6 6 7 1 10 040 19 DATO	DATOS DEL PACIENTE		ontopraxis Americana
The children and the ch		D.N.I. Nº:	5/201/8/38/1
Nombre: Del eus Rutah	red L4		
Parentesco:	Fecha de Nacimie	ento:	
Domicilio:			_
Localidad: U) 4 · Provincia	a: 94 -	<i>£</i> c	P: 9410
Teléfono:			
DATOS DEL PROFESIONAL		Vestibular	
Apellido: 1 8 7	ı Å Å Å Å		南南南南南南2
Dr. Fernando R. Schwab 4			MMMMM3
Nombre:			3 4 5 6 7 8
(02901) 425016 M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A	5 4 3	Vestibular 2 1 1 2	3 4 5
Domicilio Consultorio: Dere	8		Zquierda 7
Provincia:	5 4 3	2 1 1 2 Vestibular	3 4 5
Localidad:			
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Telégono:	Lápiz Verde	0	
OPT07 Tratamiento a realizar Tratamiento anterior	Selladores	Coronas Ca	ntidad 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
0104	75				97	77/0/15	- Heupatt
	(0230 J) au Martin 1984	425016 425016 9142 Toptol A				4	
2 0001	Sr retrierdo	K 204W30					
) 1. ».	3					
to that						= A;	
The second of the second			-	37			
Observaciones	ATB.		Por la Pres conocido p complicacio sido debida máximo de asumiendo	ente, autorizo al pro or parte del Dr ones, riesgos y alter imente informado ac 45 (cuarenta y cin a mi exclusiva cuen	fesional actuante a mativas, aceptándo erca de la necesid co) días. Caso co ta y cargo todos ac	a realizar los tratamie los de conformidad. A ad de rehabilitar la pi ntrario, acepto la res quellos costos de un e	ntos indicados en esta Historia Clínica. Habien La hatur laza de los rise tratamientos, posibl asimismo, dejo explosargina estaplecido que le zea tratada en de dionicamente com posible sponsabilidad per più il culturing ignito de nacció eventual la rapine il la compagnia de la cocio eventual la rapine il la compagnia de la cocio M.P. O.D.: 99

(Betaclin *		-	3+	
Observaciones Observaciones	Por conc com sido máx asur	ocido por parte del Di pilicaciones, riesgos y o debidamente informa rimo de 45 (cuarenta miendo a mi exclusiva	al profesional actuante a realizar. alternativas, aceptándolos de do acerca de la necesidad de y cinco) días. Caso contrario cuenta y cargo todos aquellos	ar los tratamientos indicados en esta Historia Clínic. La hebritara de los tratamiento conformidad. Asimismo, dejo explasar en la estable en acepto la responsabilidad per pri fiction pri pri costos de un eventual hirraramento fictiones estable. Firma y Sello Profesiona