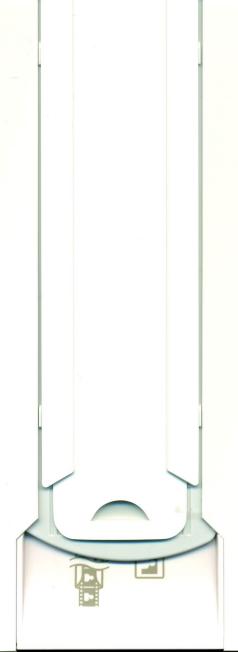
Cobertura: SP Asociado Nº: DIO61319141010114 Plan: PTO Apellido: GOTET	DATOS DEL PACIENTE		ontopraxis Americana
70-12	Fecha de Naci		5 88
Teléfono: USSZ9083 DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:		Vestibular 3 2 1 1 2	
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 M.N. / Martín 1684 Piso 1 Dpto. A. Domicilio Consultorio:	4 8 7 6 5 4 Derecha	3 2 1 1 2 Vestibular 3 2 1 1 2	3 4 5 6 7 8 3 3 4 5 6 7 8 3
Provincia: Localidad: Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento	8 4 4 A A A A A A A A A A A A A A A A A	3 2 1 1 2 Vestibular	antidad de Dientes existentes
ОРТО7			



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0270	45	OD	<i>≫</i> 4	15\$	36Z	20/4	x lunfair
02191	46	П	20/4	15\$	362	20/4	May wz
0219	97	(A)	244	15\$	367	27/4	& fulcaz
V	2		V			V	
				o			

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiel conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamientos, posit complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que					
384	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de u	pieza tratada endodónticamente dentro de un plazi responsabilidad por milincumplimiento e inacción				
Marie Control	0 0 00000000	Criontologo - Impiar tes Escecialista en Protecia				
	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional				

