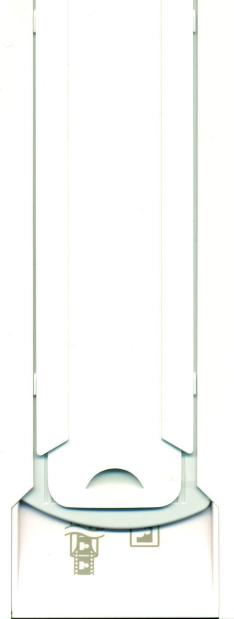
Cobertura:		1
Asociado Nº: 1010191212161919101015	DATOS DEL	Odontopraxis Americana
Plan: Accor Donooo	PACIENTE	D.N.I. Nº: 1849298
Apellido: Sobelza, S		
Nombre: Sontos	Fecha de Nacimiento:	70/03/67
Parentesco: No Experior 1736	Fecha de Nacimiento:	
		C.P. 8410
Localidad: 5 Maria	N Provincia:	
Comment		Vestibular
Apellido:	8 7 6 5 4 3 2	1 1 2 3 4 5 6 7 8 2
Apellido		
Nombre:Dr. Fernando R. Schwab	4 8 7 6 5 4 3 2	
M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016	5 4 3 2	Vestibular
M.N. / M. San Martín 1684 Piso 1 Dpto: A	5	DDDDD6
Domicilio Consultorio:	Derecha 8 A A A	Zquierda 7 Izquierda
Provincia: Localidad:	5 4 3 2	1 1 2 3 4 5 Vestibular
Teléfono:		
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz I Tratamiento a realizar Tratamiento		ronas Cantidad de Dientes existentes
OPT07		
,		



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101	iging	r obrow		10\$	112	14/04	* I
0216	(USa07) 4520 SU(18 W/6	TYM		10\$	264	1614	* Sfeele
0216	12	エメロ	24.1	10\$	264	164	* Spell
0219	14			10\$	362	304	Shul
LENGTO . T	NO 1 52 52						

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo
	conocido por parte del Dr
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un plazo
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacción,
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser asto posible
	Dr. Fernande R. Schwab
	lontálogo Implantes
	18492098 Deolalista en Prótesis
	7.00 p. 48.00:00
	Firma del Paciente y Nº D.N.I. Firma y Sello Profesiodal 399

