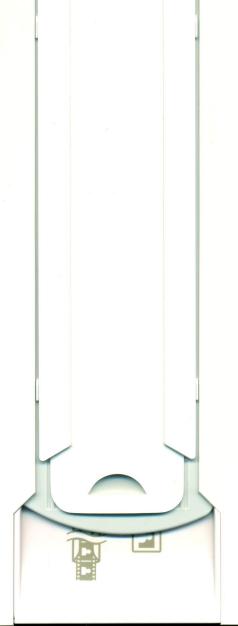
	Sistema: JP- Accord Asociado Nº: GRRRI21902711 DATOS DEL Odontopraxis Americana
	Plan: DOO'S ACCORD DOO'D PACIENTE
	Apellido: Gow 20183 D.N.I. № 141213161514181 11 Nombre: 40000
	Parentesco: Fecha de Nacimiento: 15 - 09 - 2002 Domicilio: Pto Argentino 1211
D. Commercial Commerci	Localidad: USMURIC. C.P. 9410.
	DATOS DEL PROFESIONAL Vestibular
	Apellido:
	Dr. Fernando R. Schwab Nombre: M.N.: 27,009M, P. O.D.: 99 (02901) 425016 San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A
	M.N. / M. P. Domicilio Consultorio: Derecha 8 Derecha Berecha B
	Teléfono:
	REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar OPT07 Lápiz Rojo Lápiz Verde Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes



Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Cifro cornocido por parte del Dr. cornocido por parte del Dr. cornocido por parte del Dr. complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándose de conformidad. Asimismo, dejo expresamente seta sido debidamente informado acerca de la recesadad de rehabilitar la pieza tratada endochnicamente indicado de la conformidad de la		dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clín conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamiento conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamiento conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamiento conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamiento conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamiento conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamiento conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamiento conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamiento conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamiento conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamiento del porte del Dr. La naturaleza del porte del Dr. La naturaleza del porte del Dr. La naturaleza del porte del Dr. La naturalez								
bservaciones Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clín conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamiento conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamiento máximo, dejo expresamente esta sido debidamente informado acreca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endocinticamente den máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi juezuplimíptico de servicio de	01.04				1000	9300	20-03-15	× man /
bservaciones Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clin conocido por parte del Dr	9 -1 01	1559-10-152b	ė			5000	2 3 15	THE STATE OF THE S
Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clín conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamile complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente esta sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodinticamente denti máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, deser esto de contra de contra de la contra de	10.10.7	retreands R. S.	Chwab DD - Ng		2.	20 -	20-03-13	that fr.
Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clín conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamile compilicaciones, riegos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente esta sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodinticamente dente máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, deser esto contrativa de contrativa	¥							
Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clín conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamile compilicaciones, riegos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente esta sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodinticamente dente máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, deser esto contrativa de contrativa	511 2.6181							
Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clín conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamile complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente esta sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodinticamente denti máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, deser esto de contra de contra de la contra de				2				
Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clín conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamile complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente esta sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodinticamente denti máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, deser esto de contra de contra de la contra de	(Septem)				0.0			
Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clín conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamile compilicaciones, riegos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente esta sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodinticamente dente máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, deser esto contrativa de contrativa		Carlo I		in Justin		14300		And the second second
conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamiles complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente esta sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodinticamente depte máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplinhem asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto o contrato de la contrata de la								-6
sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodonticamente deputir de la companya de de contrario, acepto la responsabilidad por mi insupplimento de ser ser para asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento despristo processor de contrario, acepto la responsabilidad por mi insupplimento de ser ser para asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento despristo asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento despristo de ser para la contrario. Especialista en Prótes	bservaciones			conocido	por parte del Dr	rnativas, aceptánd	olos de conformidad.	La naturaleza de los tratamientos, p Asimismo, dejo expresamente establecido
Espatialista en Prótes	Ple.	Pulk	•	sido debid máximo d	amente informado a e 45 (cuarenta y ci	acerca de la necesi inco) días. Caso c	dad de rehabilitar la pi ontrario, acepto la res	eza tratada endodonticamente dentro de u sponsabilidad por mi incumplimiento e in:
46. Se Maca X hart & M.N. 2/009 - M.P. O.E Anal Qe Class 4 Country I. Firma del Paciente y N° D.N.I. Firma y Sello Profesion	uole	sha ob	011011	asumiendo	o a mi exclusiva cue	enta y cargo todos a	aquellos costos de un o	eventual retratamiento de ser esto posible
ANGLOGICO Y COUNTRY Sello Profesion	46	Salu	LICO.		x hu	will-		M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
	Angl	00000	4 cout	01.				Firma y Sello Profesional
Janes Jestes Festile	To to the	400,00	, 6000					
				ļ				
						1		