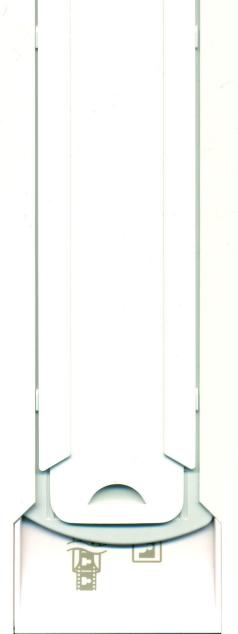
Sistema: ACCOLD SAWD
Asociado Nº: LOCATIZI 7515101010 2 DATOS DEL Odontopraxis Americana
Plan: PACIENTE
Apellido: CATACATA D.N.I. Nº: 1399913151418 1
Nombre: CRISTIAN JOSE
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 26 01.85
Domicilio: 6. AROENTNO 1075
Localidad: C. P. :
Teléfono: 15562974
DATOS DEL PROFESIONAL 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Apellido: 1
Dr. Fernando R. Schwab  Nombre:M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016  A Dr. Fernando R. Schwab  Vestibular  Vestibular
San Martín 1684 Pisc 1 Dpto. A 5 1 1 1 1 1 6 6
Domicilio Consultorio: Berecha 8 3 4 3 2 1 1 2 3 4 5 7 Izquierda
Teléfono:
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes



## PARA USO PROFESIONAL Valor a Cargo del Paciente Conformidad Paciente Tratamiento Terminado Obturación Obturación Valor Código de Pieza dentaria Fecha Prestación Ubicación Material Total 46 OZZO 15 ODL 270 Clínica. Habiendo imientos, posibles establecido que he dentro de un plazo

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. conocido por parte del Dr
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecio
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente pentro de
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y eargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de sel esto positi
	Odontólogo - Imprantes
	Especialista en Prótesis
	9102 SUO M.N.: 21,009 - M.P. O.D.: 99
	3 (3) / (9)
	Firma de Paciente y Nº D.N.I. Firma y Sello Profesional

