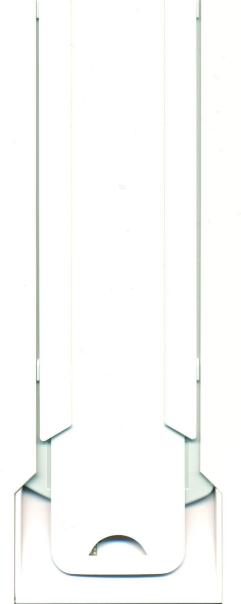
Nombre: Roco. Parentesco: Los Zorgolez (538	Fecha de Na	27
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:		Vestibular 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2
Dr. Fernando R. Schwab Nombre: M.N.: 27,009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 San Martin 1684 Piso 1 Dpto. A M.N. / M. P. Domicilio Consultorio: Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar OPT07		Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Coronas Cantidad 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
92.19	65.	0.		599	30200	27-11-19	× DAW
	(029 San Martín	01) 425016 (684 Piso 1 Dpl	o, A			1000	4/3
	Dr. Ferni M.N : 27.0	ndo R. Schwab 19 - M.P. O.D.:	33			· A	
	e i Borr				1 N E		
	5.4	30/6]			302		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habier conocido por parte del Dr
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un pla
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacci
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de set esto posible
	Odort Magazine
	Especialists on Default
	Lopo to ista en Protesis

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

M.N.: 27 0/9 - M.P. O.D.: 89... Firma y Sello Profesional

