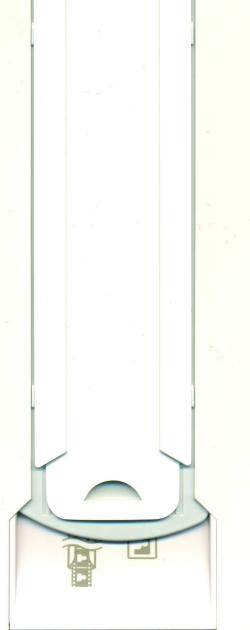
Sistema: UP Asociado Nº: 1010 B10181 1617101419 Plan: 70 - 0002 PACIENTE Apellido: Uno por boro paciente D.N.I. Nº: 13814196191511 11 Nombre: 4061ii Aauei
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 24 1194
Localidad: Ushua a. C.P.: O.M.C.
Teléfono: 15477916
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab 1
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde Tratamiento a realizar OPTO7 Lápiz Verde Selladores 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
0(0)	(02901) 43 Jartin 1684 P	15016 iso 1 Dpto. A		\$10	\$102	141515	x Valdin
0219	26901	. Sc @ .b .P. O:D.:-99	12	\$10	\$352	21/5/15	x Watehing
0219	16	0	12	200	1352	26/5/15	x Datalis
			l l		-		7 07
	i tomor						- 54 y 1
· 12	and the second	131-147	1 5225	pro	b les		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Hat conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamientos por complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establegido de conformidad.	os
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodógticamente dentre de un máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario de la cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de la cuarenta y contrario de la cuarenta y c	nr
	Especialista en Prótesis MX: 27.009 - M.P. O.D.: 99	

Firma del Paciente y N° D.N.I. Firma y Sello Profesional

