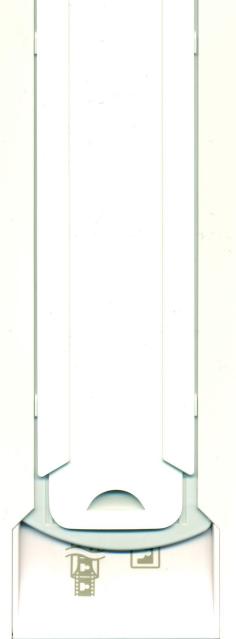
Sistema:	DATOS DEL PACIENTE  D.N.I. Nº: 11301731748
Apoliido:	AND DEC VALE
Parentesco:  Domicilio:  Podu & COVADA	Fecha de Nacimiento: 30 11 5 9
	C. P. :
Teléfono: 0351-1573	75421
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:	1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2
Nombre: .Dr. Fernando R: Schwab  M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  (02901) 425016  M.N. / M. P. (02901) 425016  San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  Domicilio Consultorio:	4
Teléfono:  REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz  OPT07  Tratamiento a realizar Tratamien	



## PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0104102	U 1036=0 I	Opto, A		15	118	20/08	
M.N.:	emando K. Sch 17,009 - M.P. O. 02901) 425016	51.99	ï				The state of the s
	8	1 1				ø	
		-741-2					
		' a.j. I		В			
Selection :		r stan			112		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habie conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamientos, posi complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente estado do que	ibles
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente informado a un p máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por rator de injunto en el nacc asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retralamento dibasse esto possible	
	Dr. Foge with South and Odd I and Simplantes	
	Esperalista en Prótesis  Esperalista en Prótesis  M.N. Frirma V. Sello Profesional	

