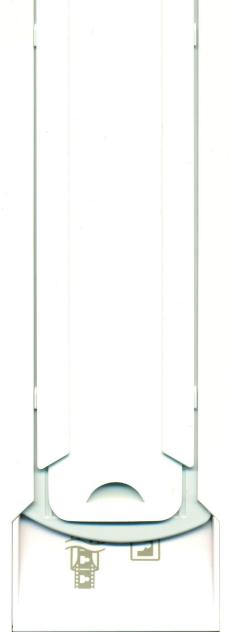
Cobertura: UP
Asociado Nº: LOI DE REPORTE DATOS DEL Odontopraxis Americana
Plan: Acoud Solved Paciente
Apellido: Nie So D.N.I. Nº: 1778 4412611
Nombre: Claudia Marcol
Parentesco: Fecha de Nacimiento: C4 02 66
Domicilio: Acigorni 1961
Localidad: Provincia: C. P.:
DATOS DEL PROFESIONAL 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Apellido: 1 2 2
Nombre:
Especialista en Prótesis Vestibular
M.N. / M. P. Fernando R. Schwab 5 6
Domicilio Consultorio: (N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 Derecha 8 1 27 Derecha 8 1 1 2 3 4 5 7
San Martin 1684 Piso 1 Dpto. A
Localidad:
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde Tratamiento a realizar Tratamiento anterior OPT07 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
0104	37.	9 - M.P. O.D.: 9 - M.P. O.D.: 91) 475016	id o	<	693	20/3/19	x Cly.
lool	37.			3	148	25/3/0	4. Clu
0220	15	OD		\$	5085	31/3/15	* Cly
0220	16	on		3	206	31/3/15	X Chyl.
	to a						
- y		-0-1					

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamientos, posibles complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodonticamente dentro de un plazo					
La et	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos d	la responsabilica o promo la constimiento e inacción,				
		decialista en Prótesis				
· ·	* Cur	M.P. O.D.: 99				
	Firma del Paciente Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional				

