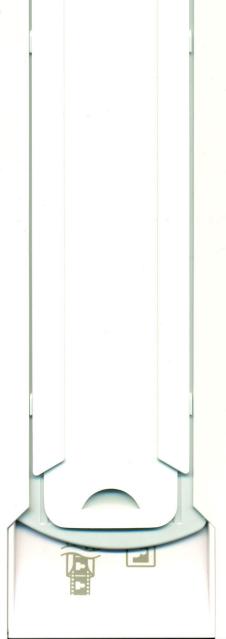
Sistema:  Asociado Nº: DIOBIOM ISPIDIO B  Plan:  Apellido:  ACCUCIO  Sistema:  A CCUCIO  ACCUCIO  ACCU	DATOS DEL PACIENTE  D.N.I. Nº: 411974017
Nombre: PABUO AWST	iv)
	Fecha de Nacimiento: 02/2/96
Localidad:	C. P. :
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: 1	Vestibular  8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 M.N. / M. FSan Martín 1684 Piso 1 Dpto: A Domicilio Consultorio:	5 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3  Derecha 8 3 2 1 1 2 3 4 5 7  Derecha 8 3 2 1 1 2 3 4 5 7
Teléfono:  REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar  OPT07  Lápiz Rojo Tratamiento ante	



## PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0220	Martin 1984 Pis	0100U	R	15	270	4/01/15	Robbe Acerdo
M.	N.: 27.009 - M. (02901) 425	2. O.D.1. 99				( )	
	)					į.	
	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	2	1				
		7 %	ne tyr		770		

bservaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clíniconocido por parte del Dr	ntos, posib
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establ	
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada englodónticamente de de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada englodónticamente de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada englodónticamente de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada englodónticamente de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada englodónticamente de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada englodónticamente de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada englodónticamente de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada englodónticamente de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada englodónticamente de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada englodónticamente de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada englodónticamente de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada englodónticamente de la necesidad d	o de un pla
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad/por mi incumplimiento	o e inacci
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto p	osible
	Or Fernand R. Sch	iwab
	Goptélege Implante	20
	9 41974012 specialista en Prótes	is
	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	algo

