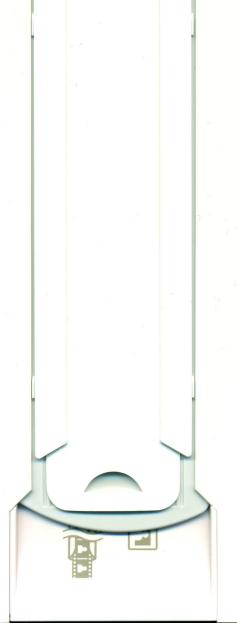
Apellido: Doui usy	DATOS DEL PACIENTE	Odontopraxis Americana D.N.I. Nº: 133825712
Parentesco: Domicilio: Cuau C Localidad: Usluman	182	ento: 13 382 572 C.P. 9410
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Dr. Fernando R. Schwab M.N.: 27.009 = M.P. O.D.: 99 Nombre: (02901) 425016 San Martín 1684 Pise 1 Dpte: A M.N. / M. P. Domicilio Consultorio:	4 × 7 6 5 4 3 5 5 4 3	Vestibular 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Vestibular 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 Vestibular 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 7 8 8
Provincia: Localidad: Teléfono: REFERENCIAS: OPT07 Lápiz Azul Tratamiento a realizar	Account Account	2 1 1 2 3 4 5 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
0219	45	V	i_	MS	\$352	2015/15	* In Il Ba
		eptor v					00. 201/2
3 (4.7.2)		pi- 88	AZ	700			
	SE- 1111						
			6	× '			
Observaciones	······································		conocido p complicació sido debida máximo de	oor parte del Dr ones, riesgos y alter amente informado a de 45 (cuarenta y cir a mi exclusiva cuer	rnativas, aceptándol cerca de la necesida nco) días. Caso cor	os de conformidad. ad de rehabilitar la pi trario, acepto la re uellos costos de un	entos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo La naturaleza de los tratamientos, posibles Asimismo, dejo expresamente establecido que he ieza tratada endodónticamente dentro de unplazo sponsabilidad por mi incumplimiento e/inacción, eventual retratamento de tratago de la completa del completa del completa de la completa del completa del completa de la completa del completa

