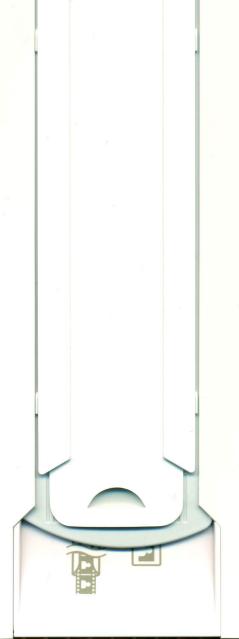
Sistema: UP (Pno)
Asociado Nº: 1010 26 5 0 4 401 B
Plan: PACIENTE
Apellido: D.N.I. Nº: [188101115]
Nombre: KARINA LOURDES
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 25 04 78
Domicilio: USANATA 276
Localidad: C. P.:
Teléfono: 15542466
DATOS DEL PROFESIONAL 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab M.N.: 27:009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016.
M.N. / M. P. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A
Domicilio Consultorio: 8
5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 Vestibular
Teléfono:
REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Lápiz Rojo Tratamiento anterior 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
0501	NO TO THE PROPERTY OF THE			15	120	19/03/5	South and
	(02901) 42 Mario 1684 B	P. O.D.: 99 5016 50 1 Data A					
	Dr. Fernando R					4- 10	
OFICE OF	- Chown		12				
Ale.	The Salaran		158424	0.6			
Para Sign		316 1.0.	(K	120			

bservaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habien conocido por parte del Dr				
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de fenadaminar la preza tratada effoudamente informado acerca de la necesidad de fenadaminar la preza tratada effoudamente de la marca máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por la insurrigidad per la insurrigidad de la composição de la necesidad de la composição de la responsabilidad por la insurrigidad de la composição de la necesidad de la responsabilidad por la insurrigidad de la composição de la recordad de la responsabilidad por la insurrigidad de la responsabilidad por la responsabilidad de la responsabilidad				
(2035019	Especialista en Prótesis M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99				

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

Firma y Sello Profesional

