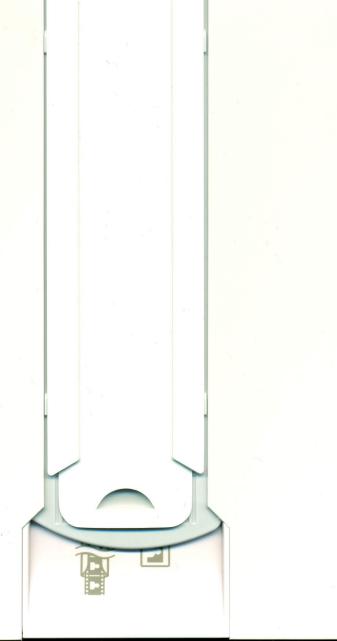
Sistema:  Asociado Nº: PITTS 489331  Plan:  Apellido: COLAW UC	DATOS DEL PACIENTE	Odontopraxis Americana  D.N.I. N°: 3/1/45/6/16
Domicilio: 100 el Rollor	1381	14-8-85
Localidad: 740 + 69		
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:		Vestibular  1
Dr. Fernando R. Schwab  Nombre:M.N.; 27,009 - M.P. O.D.; 99  (02901) 425016  San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  M.N. / M. P.  Domicilio Consultorio:	5 5 4 3 2 Derecha 8 2 4 3 2	3
	á <b>piz Rojo Lápiz Verde</b> Coro	) nas 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	14	-	-	he	97	2/6/15	Ela la
	<del>or Nr 2 7,009 -</del> (02,301) an Martin 1684	425016 Piso 1 Opto, A	y-1701			Journay	
e v	Dr. Fornande	R, Schwab				ś	. 6
							N. C.
					97	e	

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad de mi incomplimiento e inacción asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retrampina de ses esto posible
	M.N.: 27009 - M.P. O'T

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

Firma y Sello Profesio 89

