Nombre: Mrswan	DATOS DEL PACIENTE	
Parentesco: Domicilio: A Sus	88	
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: De Fernando R: Schwab Nombre: Especialista en Protesis M N: 27 009 - M.P. O.D.: 99 M.N. / M. P. Doeel Domicilio Consultorio:	1 8 7 6 5 4 4 3 7 6 5 4 4 8 7 6 5 4 5 4 8 Derecha 8 3 4	Vestibular 3
REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamie	iz Rojo ento anterior 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 Tratantiento Terminado
0101				10	78	30 R/17	N SIA
							×
		4748					
	TO TO		7 2 %				

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 endodonticamente dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incurrolimiente e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retatadade de ser esto posible
** ***	Odomolpoo Implantes I.P. 303 43, — Sepecialista en Prótesis M.N.: 27099 - M.P. O.D.: 99
	Firma del Paciente y Nº D.N.I. Firma y Sello Profesional

