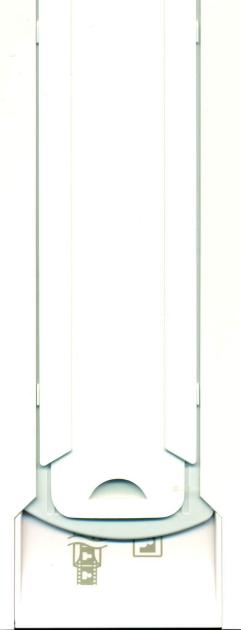
. // 6	PACIENTE	Odontopraxis Americana  D.N.I. Nº: 1188131179
Parentesco:  Domicilio: 640 Li Li Ou	Fecha de Nacir	
Teléfono: 1554 5622	Provincia: T	C.P.: 9410
Apellido:	1 8 7 6 5 4	3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2
M.N. / M. Dr. Fernando R. Schwab  Domicilio Consultorio: 02901 425016  Province Martín 1684 p.:	5 5 4 Derecha 8 5 5	3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Vestibular 1 2 3 4 5 6 7 8 3 4 5 6 7 8 3 4 5 6 7 8 3 4 5 6 7 8 3 4 5 6 7 8 1 2 4 4 5 6 7 8 1 2 4 4 5 6 7 8 1 2 4 4 5 7 1 2 4 4
Provincia Martín 1684 Piso 1 Dpto. A Localidad: Teléfono:  REFERENCIAS: OPTO7  Lápiz Azul Tratamiento a realizar		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
0215	22	P	2	\$15	\$254	23/4/15	* Gittes
Or s	Villande I en						
4 1					1		
20-175					7 - 4 5	1 2 2 1 (2 ) 1 ·	
Carrier of the							mark C
Contract - Colores - Color				_ : ;			
Observaciones	5		conocido p complicacio sido debida máximo de	oor parte del Dr ones, riesgos y alte amente informado a e 45 (cuarenta y cii	rnativas, aceptándo cerca de la necesid nco) días. Caso co	los de conformidad. ad de rehabilitar la pi ntrario, acepto la re	entos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo La naturaleza de los tratamientos, posible Asimismo, dejo expresamente establecido que hieza tratada endodónticamente dentro de un plaz isponsabilidad por mi incumplimiento e inacción experte la provincia de la completa del completa de la completa del completa de la completa del la completa de la completa d

