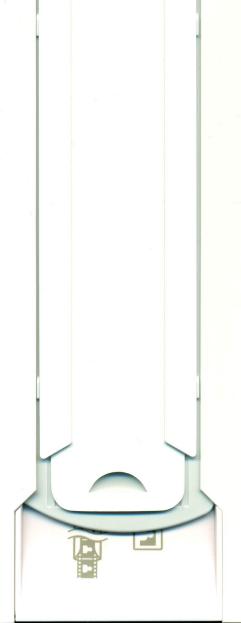
Asociado Nº: PIRIO PIZIO III  Plan:  Apellido: Rodu Ceur  Nombre: Aum Grocks
Parentesco: Fecha de Nacimiento:
Domicilio: EUM 1650
Localidad: C.P. YCCO
Teléfono: // // //
DATOS DEL PROFESIONAL  Apellido:  1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2
Dr. Fernando R. Schwab  Nombre: M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99  (02901) 425016  M.N. / Sap Martín 1684 Piso 1 Dpto. A  Derecha  Der
Teléfono:  REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo 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 Tratamiento Terminado
0101				20	78	217/1	
	27:009 - M.P. ( (02:901) 42:501 mr 1684 Free	opa aa 6 Deto A	- 1 - 1				
Dr	Fernando R. So	nwab	7	u V			em. T. V.E.
a reducing							
y grandina							
1 y Studentin 10				4	D		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr La naturaleza de los tratamjentos, posibles					
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he 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 por mi incumplimiento a macción,					
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible					
	Odo 19090 - Implanted					
	34674758 Especialista en l'10000 MN: 27,009 - M.P. O.D.: 99					
	39679730 MM: 27,009 - MM.: 27,009 - MM.: 27,009					

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

Firma y Sello Profesional

