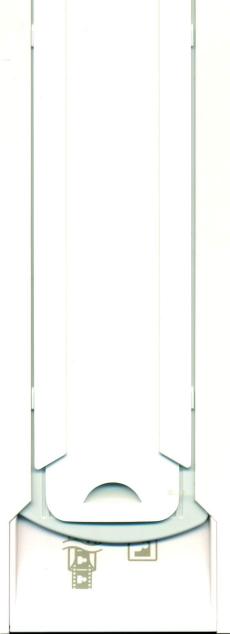
	Cobertura:
	Asociado Nº: Odontopraxis Americana
	Plan: Plan: PACIENTE
	Apellido: Nieto D.N.I.Nº: LITT 84141261 LI
	Nombre: Claudia
	Parentesco: Fecha de Nacimiento: OL 60
	Domicilio: Acigomi 1961
	Localidad: OShupia Provincia: TDF. C.P. 9410
	Teléfono: 15561257
	DATOS DEL PROFESIONAL  Vestibular
	Apellido: Dr. Fernando R. Schwab 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2
	Odontólogo : Implantes 4 P P P P P P P P P P P P P P P P P P
	Nombre:M.N.: 27,009 M.P. O.D.: 99 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
	Dr. Fernando R, Schwab
	M.N. / M. P. M.N.: 27,009 - M.P. O.D.: 99 5 6
	Domicilio Conscillo Consci
	Provincia:
	Localidad:
	Teléfono:
	OPT07  Tratamiento a realizar  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	sandi, si i s	Sille in Spill D <b>pto. A</b>			144	20/4/15	* Cly
0216	12	D169			264	27/4	x. Cly
P150	36	0			362	22/4	* Cly
. To a					,		
144.50		- 1 100					

Observaciones	Piero Sentoros (12) DOP
1e 058000	después de la
Ormjero	(0501) lories roxi
muzt eon	(0501) Dori es soxi toda, sh sintomolog.

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 tratamientos, 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 deprire de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de la producte.

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

ecalista en Profesis P O.D.: 99 Firma y Sello Profesional