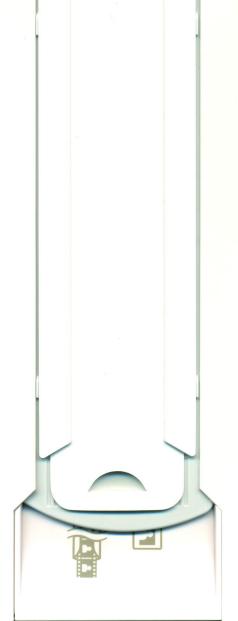
Sistema: Asociado Nº: 6 R S R P P P P P P P P P P P P P P P P P	DATOS DEL PACIENTE D.N.I. №: 414236549.11
Parentesco: Domicilio: Pto Accentino 12	Fecha de Nacimiento: 15 - 09 - 2002 .
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Dr. Fernando R. Schwab Nombre: M:N.: 27,009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 M.N. / M.San Martín 1084 Piso 1 Dpto. A Domicilio Consultorio: Teléfono:	Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Derecha 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar OPT07 Lápiz Ro Tratamiento a	



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
ગે. ા		y object v		<u></u>	ios∞	13-02-13	- Tuantst
05.02	100 M	0.03.99		2∞		13-07-15	man B/B
	Telegraphic b		3			ě.	
	De l'action						
All a land				- C 6			
		del'Per	1711		235°		

2350					
Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr					
máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos d	la responsabilidad por mi incumplimento e inacción,				
	Odontó o Implantes				
	M.N.: 27.009 - M.P. O.T. 90				
Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma Sello Profesional				
	conocido por parte del Dr				

