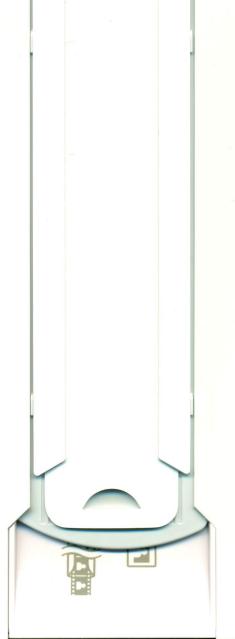
Sistema: Asociado Nº: 5628789111 Plan: Apellido: 2.05		
Domicilio: Rene des de	Fecha de Nacimier S CO 10 do 12 7	nto: 24-06-06
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:		Vestibular 2 1 2 3 4 5 6 7 8 2
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 M.N. / M.P. (02901) 425016 San Martin 1684 Piso 1 Dpto. A Domicilio Consultorio:	Derecha 8 5 4 3 3	Vestibular Vestibular 2 3 4 5 6 7 8 Vestibular 2 3 4 5 6 7 8 Izquierda
	z Rojo Lápiz Verde nto 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
02:16	nti (3+ Piso	I DPDA	R	500	22000	5-03-15	× where
02.16	130 K S	chway D.D.: 99 te	R.	500	22000		× WAR
	·		1 4 30 2	I A K	1	*	
			全点				* \$ \$ \$ \$ \$ \$
1	9				-2-1		1 1 min or 1
		7 4%	-C-3 C-	15 75	4400		

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 tratamientos, posible 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 plaz máximo de 45 (cuarenta y cinco) dias. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiente e inacción asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de se contrario, con contrario, con contrario, con contrario, de se contrario de contr
	Odontólogo Implantes Especialista an Prótesis
	X 34.674509 M.N.: 27.009 M.P. O.D.: 99

