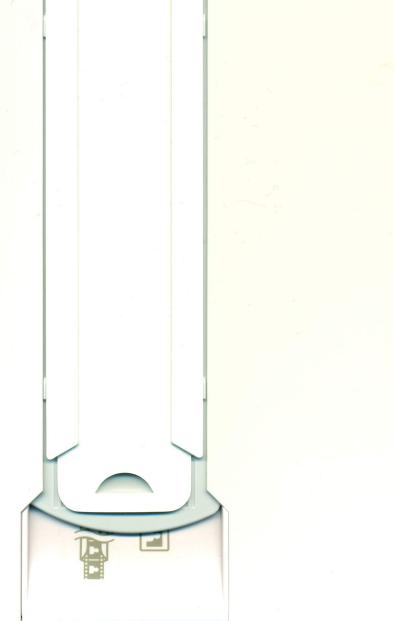
Sistema: Access Asociado Nº: Plan: Source Apellido: Apellido:	DATOS DEL PACIENTE D.N.I. Nº: 714776
Nombre: Jours	21-1-+
Parentesco: Domicilio: A John 11e	
0-	C.P.: Suo
Teléfono:	
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:	1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2
Dr. Fernando R. Schwab Nombre:M.N.: 27,009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A M.N. / M. P. Domicilio Consultorio:	4
	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 Tratamiento Terminado
0101					88	3/2/4	
9701	: 27.009 , M.F (02901) 425 fartín 1684 Pisé	016				(A) A	RIL
- W V	6 Fernando Ro	Schwab				ė.	
geofinaerie	e. L. Yezari		e e	- 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		1 16 - 1	. (1972-2013)
		, ,	6				
3					XX		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los trata conocido por parte del Dr	La naturaleza de los tratamientos, posibles ad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar l	a pieza tratada endodónticamente dentro de un plazo
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de	responsabilidad por mi incumplimiento e inacción un eventual retrajantismo, de ser esto posible
Y'.	(M)	Especialista en Prótesis
		M N. 127.909 - M.P. O.D.: 99
	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional

