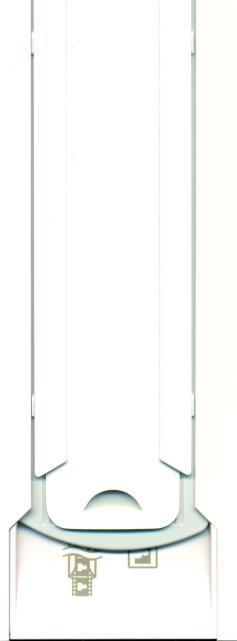
Sistema:	DATOS DEL PACIENTE	Odontopraxis American	na
Nombre: T. Quantity Parentesco: Domicilio: 64 augustus 4.	Fecha de Nacim	miento: 25/1/99	
Teléfono 15.540.8439			
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:		Vestibular 3 2 1 2 3 4 5 6 7 8 2	2
Dr. Fernando R: Schwab Nombre: M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A M.N. / M. P. Domicilio Consultorio:	5 5 4 3 Derecha 8 5 4 3	3 2 1 2 3 4 5 6 7 8 Vestibular Vestibular 1 2 3 4 5 6 7 8	3
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar OPT07 Lápiz Roj Tratamiento an		Coronas Cantidad de Dientes existentes] ;



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación M aterial	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
5101				\$15	888	5/3/15	() ()
pnu ((02901) 425 Ker'in 1684 Pis	016 0 L Opto, A			524		
M I	n Furnando K.	Schwap			¥ II	*	
	1 m						
-14 1 p =	- 1	_ 1					
8		n *	9 25				

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratam conocido por parte del Dr.	
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la	d. Asimismo, dejo expresamente establecido que
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la asumiendo a mi exclusiva cuenta y carso todos aquellos costos de u	responsabilidad par micincumpti niento e inacc
	(1) 11 / 41127218	Especial state of Protesis M.N. 271049 - M.P. O.D. 99
	X 1/2/1/13	M.N.: 27/019 - M.P. D.D.: 99

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

Firma y Sello Profesional

