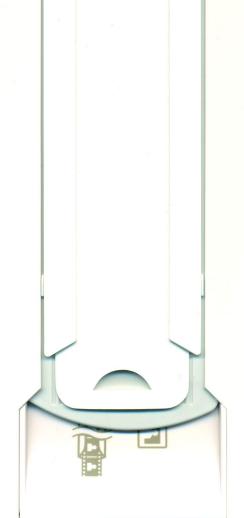
Nombre: Parentesco: Domicilio: Comicilio: Co	Fecha de Nacim	Ð ,
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: M.N. 27.009 M. O.D. 99 Nombre: San Martín Dr. Fernando R. Schwab Nombre: San Martín Dr. Fernando R. Schwab M.N. / M. pM.N.: 27.009 - M.P. O.D. 199 A. (02901) 425016 Domicilio Consultorio 1684 Piso 1 Dpto. A Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar OPT07	1 8 7 6 5 4 3 4 8 7 6 5 4 3 Derecha 8 5 4 3 ERojo to anterior Lápiz Verde Selladores	Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Coronas Cantidad de Dientes existentes 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
0216	22	VP	2	DIS.	8215	19/2/15	X 68525816
0216	1	про	R	\$15	8215	26/2/15.	x Sheer son
	May Se many	2 Schisse	y jeri			1	
					7.7		
				- C B			
			AFF-900	- " W ;	The .		

		to the transfer of the transfe
Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratal	mientos indicados en esta Historia Clínica. Hab
Jusei vaciones	conocido por parte del Dr.	La naturaleza de los tratamientos, po
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformida	ad. Asimismo, dejo expresamente establecido q
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la	a pieza tratada endodonticamente dentro de un
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la	responsabilidad por mi incumplimitatio e inac
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de	un eventual retratamiento de sal esto posible
		Fernand implantes
Control of the Contro	X	Dr. adontologo Protesis
	(377477)	Odornalista en D. 98
	0 11 11 12	Esperial M.
	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	M Firma Sello Profesional
		(4

