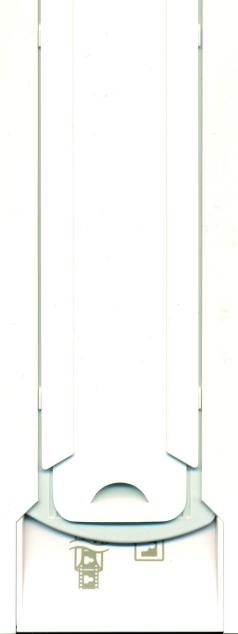
Cobertura: UP-'PMO Asociado Nº: PMOIGISISIS DIZIFI Plan: 0001 - PMO Apellido: Huayta		
Nombre: COUS FOUNTSON  Parentesco: Domicilio: Any Ro 2007.	Fecha de Nacimiento:	25-07-2008
Localidad: JShuarQ Teléfono:	Provincia: T. Act Tres	20 C.P. 9410
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:	8 7 6 5 4 3 <sup>2</sup>	Vestibular  1 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  Domicilio Consultorio: Provincia: Localidad: Teléfono:	4 8 7 6 5 4 3 2  5 4 3 2  Derecha 8 5 4 3 2	Vestibular  Vestibular  1
REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento		onas 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
02.19	75		R	se.	36200	04-06-1	S.A.
ley	Milys years a way	robraa :			32		N
	v •						TEST.
					3		
460	7. TO	Manies I	-		G1 <u>1</u> 2.5		terminal terminal
Sandrigor.	WHY O	25		ī	B67°		_
15631Q2 167417			conocido p complicacio sido debida máximo de asumiendo	or parte del Dr ones, riesgos y alter amente informado a e 45 (cuarenta y cir	rnativas, aceptándolo cerca de la necesida	os de conformidad. d de rehabilitar la p	entos indicados en esta Historia Clínica. Habieno La naturgleza de los trademientos, posible Asimismo, do expresamente establecido que le ieza trajenta encludoraticamente dentro de un plaz isponse proprieta en la companiente de la companiente del companiente de la companient
				Firma de	el Paciente y Nº D.	N I	Firma y Sello Profesional

