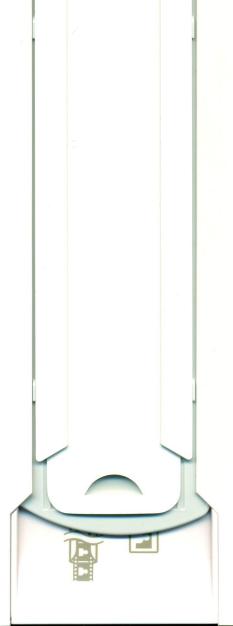
Parentesco: 879		31/10/02
Localidad: JShusica Teléfono: 474147	C. P.:	Vestibular
Apellido:	1 Ö Ö Ö Ö Ö Ö Ö Ö Ö Ö Ö Ö Ö Ö Ö Ö Ö Ö Ö	
Nombre:Dr. Fernando, R. Schwab Odontólogo - Implantes Especialista en Prétesis M.N. / M. P. M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99	5 5 4 3 2	1 1 2 3 4 5 6 7 8 Vestibular 1 2 3 4 5 6 6 7 8
Domicilio Consultorio: Teléfono:	5 4 3 2	1 1 2 3 4 5 7 Izquierda Vestibular
DEEEDENCIAS Lápiz Azul	Lápiz Rojo Lápiz Verde	Oronas 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
loc9.	3%			\$70	215	10/20	X Jollo Mark Part
0/104	38			\$10,	93	06/2	Coulo Hotu Post
			w' c			*	
	(e) (2000)			100			
	See []					1 22	
	Local L						

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo
	conocido por parte del Dr
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodonticamente de formado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodonticamente de formado de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacción.
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible
	Mogo Implantes
(A) (E) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A) (A	apedialista en Fiotesis

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

Firma y Sello Profesional

