Nombre: Qerardo.		Odontopraxis Americana D.N.I. Nº: SOLIZITSILI
Parentesco: Domicilio: Cie Qolle pos Localidad: Ushbara Teléfono:	Fecha de Na	acimiento: I.G. Junio. 2010.
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Dr. Fernando R. Schwab M.N.: 27,009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 San Martin 1684 Piso 1 Dpto. A M.N. / M. P. Domicilio Consultorio:	1 8 7 6 5 4 4 3 7 6 5 4 Derecha 8	3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Vestibular Vestibular 7 Izquierda
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz OPT07 Tratamiento a realizar Tratamient	Rojo Lápiz Verde to anterior Selladores	3 2 1 1 2 3 4 5 Vestibular 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
ા નિ	-\$2.00°				10500	04-11-14	×
05.02	San Martin 168	4 Piso 1 Dpto.	V	200	13000	04-11-14	× All
	M.N.: 27:009	- M.P. O.D., 99) 425016				i.	
9/105 000	-2						
selejani	n2knr	r es	7-7-5				
	10 8	0116 80.	262		23500		9

	1 C 19 VIOL 50/Q
Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habieno
	conocido por parte del Dr
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que l
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un pla
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacció
	asumiendo a mi exclusiva cuentary cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible
	Odontá ogo Implantes
	Special at 4 Expecial at a provincia

