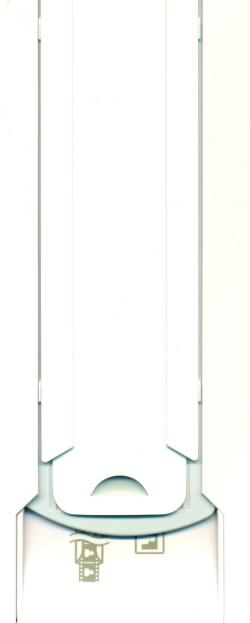
Sistema: Acours of Associado Nº: Plan: Plan: Apellido: Combre: Casardiae	DATOS DEL PACIENTE D.N.I. Nº: 3/1304 (1)
	Fecha de Nacimiento: Ct-1-tr C. P.:
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:	Vestibular 1
Dr. Fernando R. Schwab Nombre: M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A M.N. / M. P. Domicilio Consultorio:	4
	z Rojo Lápiz Verde Onto anterior Selladores 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
0101				a M	28	3/2/10	
	(02901) 425 Martín 1684 Pie	016 0-1 Dpto. A			111	3/7/15	
0215	Dr. F .3. Indo R. N + 27 and - M	e mes	160		115	3/7/10-	
odir	41	reis			215	3/2/2	
	1516	7 1			673		1

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados conocido por parte del Dr
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada en máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retrate
	M

icados en esta Historia Clínica. Habiendo naturaleza de los tratamientos, posibles o, dejo expresamente establecido que he ada endodónticamente sentro de un plazo bilidad por mi incumplimiento, e inacción, I retratamiento, abiser esto posiblea Documbigo - Implantes Expecialista en Prótesis

M.N. (27.009 - M.P. O.D.) 99

Firma y Sello Profesional

