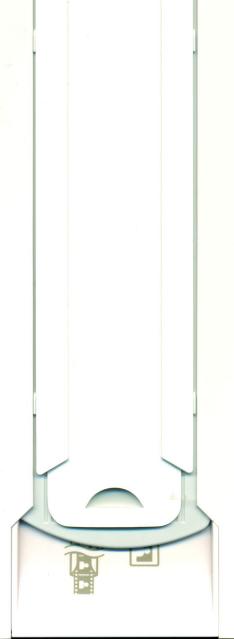
Cobertura: UP- Pno		A	
Asociado Nº: 214101615151+19217	DATOS DEL	V	Odontopraxis Americana
Apellido: Ituayta.	PACIENTE	D.N.I.	No: 484863281
Nombre Coustanza			
Parentesco:	Fecha de N	acimiento:25 -	67 - 2009.
Domicilio: Ans Koi	500t		
Localidad: Ushuara		ex 40ego	C. P.: -140
Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL		Vestibular	
Apellido:	1 8 7 6 5 4		2 3 4 5 6 7 8 2
Dr. Fernando R. Schwab Nombre: M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99	4 7 6 5 4		2 3 4 5 6 7 8 3
(02901) 425016 M.N. / M. P. San Martin 1684 Piso 1 Dpto. A	5 4	Vestibular 1 1 1	2 3 4 5 6
Domicilio Consultorio:	Derecha 8		Zquierda 7
Provincia:		3 2 1 1 Vestibular	2 3 4 5
Localidad: Teléfono:			
DEFEDENCIAS: Lápiz Azul Láp	piz Rojo Lápiz Verde iento 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
02. R	55.	0	R	500	3620	8-05-15	× V
92.P	62	0	R.	30	-pe		9
		л R., Schw э й					/
	2					7-1 20Th	
r tarescone							
Delugge .					72400		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habieno
	conocido por parte del Dr
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodóntigamente dentro de un pla:
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidade o a la contrario de contrari
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual revalam en la de constituida de constituidad de c
	Especialista en Prótesis
	M.N.: 27/009 - M.P. O.D.: 99
	Firms del Deciente y NR D.N.I. Firms y Sello Profesional

