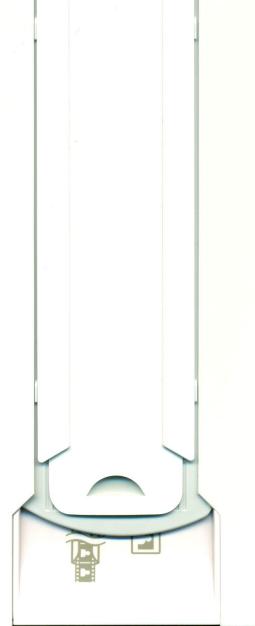
Sistema Accord Donas		1	
Asociado Nº: 101091212161612100	DATOS DEL	Odontopraxis Americana	1
Plan: 20 - 000 3	PACIENTE		
Apellido: COAA		D.N.I. Nº: 13984617841	
Nombre: Cus tout		2.5[11]DC:	
Parentesco:	Fecha de Naci	imiento: 2014/84	•
		1.10	
Localidad: UM	C. P. :		
Teléfono: 13497682			
DATOS DEL PROFESIONAL	8 7 6 ts 4	Vestibular 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
Apellido:		DDDDDDD2	
CANTELLAND OF			
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab	. 8 7 6 5 4	3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ³ Vestibular	
M.N.: 27:009 - M.P. O.D.: 99	5 1 1		
M.N. / M. P. (02901) 425016 San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A	Derecha 8	Zquierda Z	
Domicilio Consultono.	5 4	3 2 1 1 2 3 4 5 Vestibular	
Teléfono:	,6-1 4 10		
	piz Rojo Lápiz Verde	0	
OPT07 Tratamiento a realizar Tratam	niento anterior Selladores	Coronas Cantidad de Dientes existentes	
	1		
	/		
	1		



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
215	16 5 5 1 D	ito, Ab	R	15	8215	13445	Con Crution
519 27	na N bog Schwa	66 qu	R	515	\$200	6/2/13	Con Contion
219	37	0	R	\$15	3297	19/2/15	X Con Outon
				4.			
	AP 4 X &	27	- 40	5 6			The state of
Draw -	1en.		Contract				Di: Fernando R. Schwab Oscarió logo - Implantes Especialista en Protesta

	W.N. 27 000
Observations	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clígica. Habiendo
Observaciones	conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamjentos, posibles
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he
7.0000000000000000000000000000000000000	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un plazo
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por ni incumpliniento e inacción,
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible
	V Co.: Continu 30846784
	V (A. CALIM 30 XH b+XH

Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

