Cobertura: Lecurio Asociado Nº: 2441149 913 Plan: Doublo Apellido: 1200 0200	DATOS DEL PACIENTE	Odontopraxis Americana D.N.I. Nº: (749 + 364)
Nombre: Yochendo M.		
Parantassa:	Fecha de Nacimiento	16-6-62
Domicilio: A Varua & Ev	- \ C	01:
Localidad:	Provincia:	
Teléfono: 1760 5 5 1 0		
DATOS DEL PROFESIONAL	8 70 61 51 41 3 2	Vestibular 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Apellido:		
Dr. Fernando R. Schwab Nombre M.N.: 27.009 — M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 M.N. / San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A	4	Vestibular $\begin{pmatrix} 1 & 2 & 3 & 4 & 5 & 6 \\ 1 & 1 & 2 & 3 & 4 & 5 & 6 \end{pmatrix}$
Domicilio Consultorio:	Derecha 8	Izquierda 7
Provincia:	5 4 3 2	1. 1 2 3 4 5 Vestibular
Localidad:		
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz I Tratamiento a realizar Tratamiento OPTO7		Onas 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
Slo (#** 			20	102	16/6/5	& Yolanda Peria
0245	18		R	20	254	(6 (6 (1r	o Jolanda Varia
175.3	Pringada 9. Sci	(AAG)	TA I		15		VXT
				C AN A	1		1. 1. 1/2 1/3
production of the second	1.14.6%		nel e				
(ySandys)	19.79	F F 5		12	356		
Dbservaciones	3		conocido p complicació sido debida máximo de	or parte del Dr ones, riesgos y alte amente informado a e 45 (cuarenta y cir	rnativas, aceptándo cerca de la necesio nco) días. Caso co	olos de conformidad. lad de rehabilitar la pi	entos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo La naturaleza de los tratamientos, posible Asimismo, gapo expresamente establecido que ni eza tratada endocentralidos por inclue de la compania del compania de la compania de la compania del compania de la compania del compa

