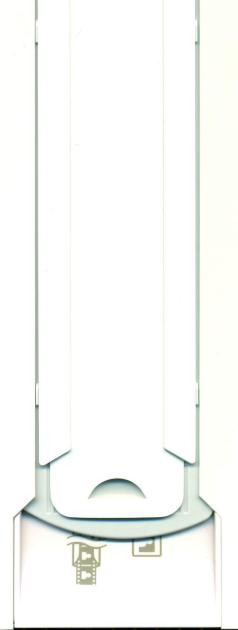
Sistema: Plotus Asociado Nº: 100 81610161916 Plan: 20 200 Apellido: Veloyo Nombre:	PA	OS DEL CIENTE		Odontopraxis Americana opam s.a.
Parentesco: Domicilio: Anin tobulo	old level	, n=54=	0	
Nombre: Dr. Fernando R. Schwab Nombre: Dr. Fernando R. Schwab Nombre: Q. 27.009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016. M.N. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A Domicilio Consultorio:	4	5 5 4 5 4 5 5 4 6 5 4	Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular	2 3 4 5 6 7 8 2 2 3 4 5 6 7 8 3 3 4 5 6 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar	Lápiz Rojo Tratamiento anterior	^a Lápiz Verde 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
DION Mart	n 1684 Piso 1 4	bro v			\$93	22/1/15	×
90101	,009 5'9 °,0.0 2901, 425016	: 99 -			120	22/1/15	
0501	napdo R. Schw	ab			Sazo	22/1/15	× A
	ansan e	10 No. 10			3		OV.
	21 2010			t a			
Desiringhor A	VIV PID	र्मु≐ स्ट	· risky				

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habier
Observaciones	conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamientos, posib
	complicaciones, riesgos y attemativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que
	sido debidamente informado aperca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un pla
	máximo de 45 (cuarenta / cirico) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inaccio
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible
	Odonto hao - Implementa
TOTAL AND A CONTRACT OF THE CO	Especialists
	M.N. 27 od an Protesis
OBINING CONTRACTOR OF THE CONT	Z7.00 M.P. 0.0 og
	Firma del Paciente y Nº D.N.I. Firma y Sello Profesional

