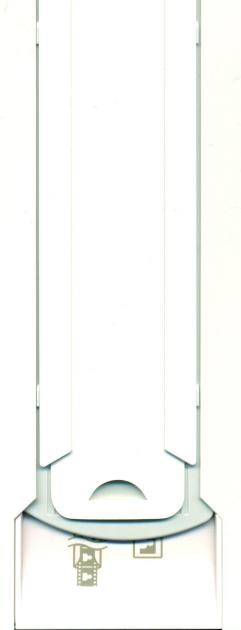
Sistema:  Asociado Nº: LAPITITIO DAP  DATOS DEL PACIENTE  Apellido:  Apellido:  D.N.I. Nº: LABITITION DEL PACIENTE  D.N.I. Nº: LABITITION DEL PACIENTE
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 7 6 7 }
Domicilio: V. Wey (SP)  Localidad: C.P.: Suo
Teléfono:
DATOS DEL PROFESIONAL         8         7         6         5         4         3         2         1         1         2         3         4         5         6         7         8         2           Apellido:         1         1         1         1         2         3         4         5         6         7         8         2
Dr. Fernando R. Schwab  Nombred N. N.: 27.009 M.P. O.D.: 99  (02901) 425016  M.N. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A
Domicilio Consultorio:  8
Teléfono:
REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento anterior DPT07  Lápiz Rojo 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
3	0101	gjodo,****	- 91.0 00000		20	18	ull.	AT
,	0216	290392016			20	215	1411	
	in Dr. Fe	rnando R. Schv	vab				4	Li lu i
	Division ( s. c.							
	(Notice)			7	(5)	ı		
	Departments		ubjek i	218.		193		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Ha conocido por parte del Dr
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodenticamente dentro de un máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsa princer de contrario de un máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsa princer de contrario de un máximo de 45 (cuarenta y cinco) días.
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual geral mento de se esto posible
	Especialista en Prótesis M.N.: 27,009 - M.P. O.D.: 99
	Firma del Paciente y N° D.N.I. Firma y Sello Profesional

