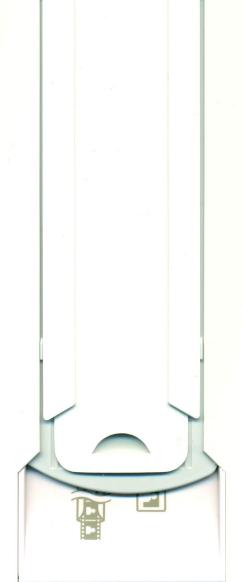
Asociado Nº: 10101 483101350105 Plan: Accord Dorod DATOS DEL PACIENTE Apellido: Raminez	Odontopraxis Americana D.N.I. Nº: 264112411611
Nombre: Cristiana Parentesco: Fecha de Domicilio: Neri to Rosco 1985	e Nacimiento: Z8[98]80
Localidad:	
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Nombre:Dr. Fernando R. Schwab M.N.: 27,009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 M.N. / M. San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A Domicilio Consultorio:	Vestibular Vestibular Vestibular A 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 A 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Vestibular Vestibular Vestibular A 3 2 1 1 2 3 4 5 6 A 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 Vestibular Vestibular A 3 2 1 1 2 3 4 5 6 Vestibular A 3 2 1 1 2 3 4 5 6 Vestibular
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Ve OPTO7 Lápiz Ve Selladoro	



PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101	lertin 1684 Pig	1 Dpto, A		Sho	93.	183	* Buing Pornan
0220	(02901) 425	O. LODD		10	302	25/3	x Pourise Rotnies
0719	37	0		\$10	302	18/3	* PourceAtrais.
0219	17	0		\$10	302	30 3.	* Roung PATRICIA
ure. A	1.6				eed in	,	
Bewell -	sally to A	Karl St	(283)				= 10 (m g g)

Observaciones		Por la Presente, autorizo conocido por parte del E complicaciones, riesgos y
		sido debidamente informa máximo de 45 (cuarenta asumiendo a mi exclusiva
	The Add the State of the State	the

o al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo Dr.

La naturaleza de los tratamientos, posibles y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresantente establecido que he nado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un plazo a y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por no incumplimiente e inacción, va cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible

Dr. Fernance R. Serwado

Odontologo - Implantes

Especialista en Prótesis
a del Paciente y Nº D.N.I.

M.N.F.127209SelM Profesional

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

