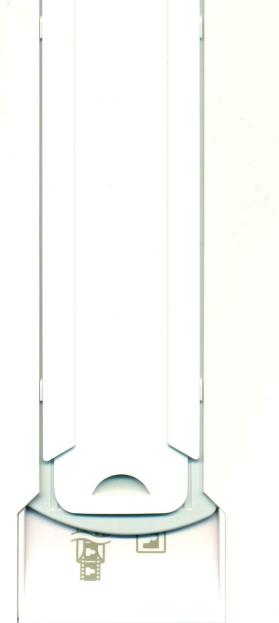
Sistema: Asociado Nº: DIOI-1419189141012 Plan: Apellido: Droz co Nombre: Gi se Vice Amil Parentesco: Nya	PACIENTE	D.N.I. Nº: 41312124191810111
Domicilio: lio Grande	Sondo Rova Joz,	Cloas 3.
Localidad: 1561 46 3 3		
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido:		Vestibular 1
Nombre: Odontólogo Implantes. Especialista en Prótesis M.N. / M. P. Domicilio Consultorio: Son Horho 1684 Mi w Ah A Teléfono: 475 016	4	Vestibular 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Vestibular 1 2 3 4 5 6 Vestibular 1 2 3 4 5 7 Izquierda Vestibular
REFERENCIAS Lápiz Azul Láp	oiz Rojo Lápiz Verde Coror Selladores Coror	nas Cantidad de Dientes existentes



PARA USO PROFESIONAL

7			
1)
10	0		

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
0101		Della :		No se	4	14/01	X
0502	Floor			10		2/01	
0504	Cepilloso	-		10		21101	12
0249	36	\checkmark		10		2101	
0505	26	0	S S	10		2104	Va

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habieno conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamientos, posibli complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que la sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de un pla:
7	sido debidamente informado acerca de la necesidad de renabilitar la pieza tratada endoconticamente dentro de un plas máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento el inacció asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento/ de ser esto posible
24.53	Dr. Ferna do R. Schwab
	Odontó/ogo - Implantes Especialista en Prótesis
	Firma del Paciente y № D.N.I. Firmally Sello Profesional D.D. 99

