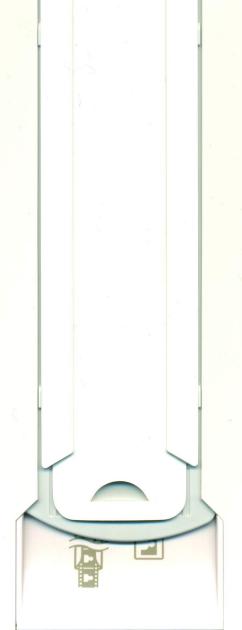
Sistema: Accord Salud. Asociado Nº: OIORITIERIS PROILIT Plan: Doracto. Apellido: GENSON.	DATOS DEL PACIENTE	A	Odontopraxis Americana
Nombre: JRINA Parentesco: Hilo Domicilio: Stanic 2911 Localidad: Rio Goe Teléfono: J5528054	Fecha de Na	cimiento: 29,	08/02
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: DOMEZ Nombre: NOTOLIG MAN./M.P. 2012 Domicilio Consultorio: Hemandez 130	8 7 6 5 4 1 8 7 6 5 4 5 6 5 4	Vestibula Vestibula 3 2 1 Vestibula Vestibula Vestibula Vestibula	2 3 4 5 6 7 8 2 1 2 3 4 5 6 7 8 3
Teléfono: 02964 - JS6488 12. REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento	Sojo Lápiz Verde anterior Selladores	3 2 1 Vestibula 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
0216	12	MV	Ren	\$5		2206	× Man
0215		₹,	Ren	\$5		22/06	Myrin
0215	21	ν.	Res.	\$5.		22/06	× Megezin_
							0
or established		ým - I					
10,000		-/11					

Observaciones Modificación del adoptograma: Fractura de PD: 12-11-21. por traumatismo.	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratan conocido por parte del Dr complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformida sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de u

Odontóloga M.P. 2012

Firma y Sello Profesional

