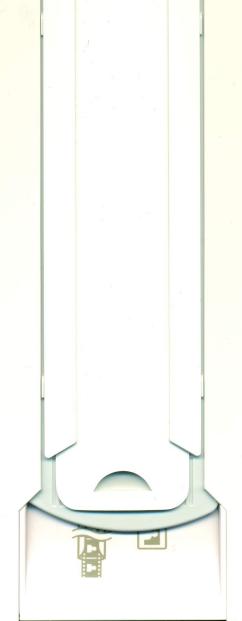
Cobertura: Asociado N°: 68 69 77 69 DATOS DEL Plan: PMO PACIENTE Apellido: CORMO Varen D.N.I. N°: 1815 49 49 1
Nombre: Fecha de Nacimiento:
Domicilio: Pecha de Nacimiento: Localidad: Provincia: Provincia: C. P.: S. Y. D. F.
Teléfono:
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: 1
Dra. Paula Giavedoni Nombre:M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97 (02901) 425016 M.N. / M. Pian Martín 1684 Piso 1 Dpto. A 5 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 Vestibular Vestibular 5 6 6
Domicilio Consultorio: Derecha 8 7 7 Izquierda
Provincia: 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 Vestibular
Localidad:
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes



PARA USO PROFESIONAL

							and the second s
Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
10150	44	0	Conp	\$10	367	26 06	50 aufer
2150	45	0	Comp	\$10	362	76 06 l	Couper
0302	14	vedaní Loro oz	V	\$20	558	160 pb1	Center
	E E MA					3	
Constraint			Provin	198			
ражно.	3 000	2 orce 2	500	WO.			1



Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo

Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clinica. Habiendo ido por parte del Dr. ... La naturaleza de los tratamientos, posibles icaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he ebidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodóntigamente dentro de un plazo no de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por inicumplimiento e inacción, endo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible

irma del Paciente y Nº D.N.I.

FAULA GAVEDONI

Firma y Sello Profesional

