Parentesco: Parent	Sistema: Asociado Nº: ASBIGIGIOION	DATOS DEL	Odontopraxis Americana
Nombre: Tallondo Jesus Parentesco: Parentesco: Domicilio: Localidad: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Ape		PACIENTE	
Parentesco: Domicilio: Localidad: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Apellido: Apellido: Apellido: Apellido: Apellido: Apellido: Apellido: Apellido: Apellido: Apel)	D.N.I. Nº: MIGGIOISMIZI
Localidad: USWANA. C. P.: Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schwob 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 Nombre: Helinano 4 5 6 7 8 3 Nombre: Helinano 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 M.N. / M. P.	Parentesco:	Fecha de Nacim	
Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Selladores Vestibular Vestibular 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 Apellido: Nombre: HOLINANO Apellido: Derecha REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar			
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schwob 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 Nombre: M.N. / M. P. Derecha 8 9 9 9 9 9 1 1 2 3 4 5 6 Domicilio Consultorio: Schwob 1 2 1 2 3 4 5 6 7 8 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 3 4 5 6 7 8 3 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 3 4 5 6 7 8 8 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		C. P. :	
Apellido: Sch WOW 1			Vestibular
Nombre: HX NAME 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 M.N. / M. P. Some Derecha 8 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 Derecha 8 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 Derecha 8 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Tratamiento a realizar Tratamiento a realizar Tratamiento a prenior Selladores Corpnas Captidad de Dientes evistantes	MET COMMENTED AND AND AND AND AND AND AND AND AND AN		
M.N. / M. P. Domicilio Consultorio: Som Portin Consultorio Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar	Courant	400000	
Domicilio Consultorio: Sow Por Livi (6.69) Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar	Nombre: Hex Wa WO	8 7 6 5 4 3	2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 Vestibular
Domicilio Consultorio: Sow Por Livi (6.69) Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar	M.N. / M. P		
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes evistantes	Domicilio Consultorio:	Derecha 8 A A A	Zaquierda
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes evictorios			Vestibular
Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes	REFERENCIAS Lápiz Azul Lápiz		0
	Tratamiento a realizar Tratamien	to anterior Selladores	Coronas Cantidad de Dientes existentes
			*
		1	
		2	

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
91.60	65	0	R	500	265	16-09-	x XXX
						À	
	4						
orance of	100						
			1520 11		2650		

A STATE OF THE STA	~00
Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Hablendo conocido por parte del Dr
and the second	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endociónticamente dentro de un plazo máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi lacumplimiento e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual refrafamento de la composibilidad por militar de la c
	Oddnologo Interactes Especially to a Protesis
	Firma del Paciente y N° D.N.I. Firma y Sello Profesional

