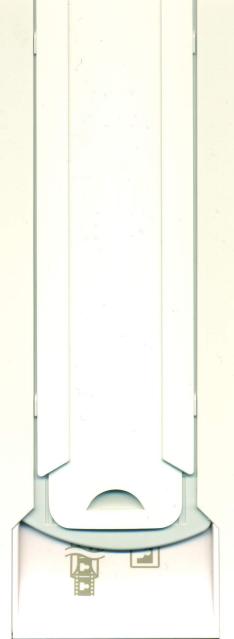
Sistema:  Asociado Nº: LOIOISIS IZIGI8IS 1972 - DATOS DEL PACIENTE  Apellido:  ROOD  D.N.I. Nº: L391311117133111
Nombre: EUGENIA NATAUA
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 14 03 96
Domicilio: R. all BOSQUE 907
Localidad: C. P.:
Teléfono: 18821592
DATOS DEL PROFESIONAL         8         7         6         5         4         3         2         1         1         2         3         4         5         6         7         8           Apellido:         1         2         3         4         5         6         7         8         2
Nombre: Dra: Paula Giavedoni  M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97  M.N. / M. P. (02901) 425016  Domicilio Consultorio: 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6  Derecha 8 2 2 1 1 2 3 4 5 6  Derecha 8 2 2 1 1 2 3 4 5 7  Izquierda
Teléfono:  REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento anterior  OPT07  Lápiz Rojo Lápiz Verde Selladores  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
OlOr	ian Martin 168	4 Fiso 1 Digit.	A	15	93	02/06	- Ale
0303	37/33/	3 Gravedo и - М.Р. О.Ол. 97 ) 425016		45	465	02/08	- all
						é	
146	type in the second	12057245	*				
otology	1	- reserve	dot.	410244	228		

Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en está Historia Clínica. Habiendo do por parte del Dr.

La naturaleza de los tratamientos, posibles icaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, deja extraegemento actual electro que he ebidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada en discripto de la plazo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidado do intra el plante de la necesión, endo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un evergia en la stato de la necesión.

M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97 39. 311. 733 Firma del Paciente y N° D.N.I.

Firma y Sello Profesional

