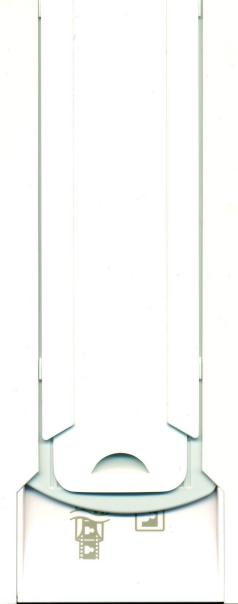
Cobertura: A COUS Asociado Nº: 13HITIGO PPI Plan: Apellido: Locus Locus Apellido: Locus	DATOS DEL PACIENTE	A	Odontopraxis Americana
1 . 1 0			
Parentesco:	Fecha de Nac	cimiento:	3-5-40
Domicilio: 10/00 & Cs 2	00_		
Localidad: 1	Provincia:	79	C.P.: 5410
Teléfono:			
DATOS DEL PROFESIONAL	8 7 6 5 4	Vestibul	ar 1 2 3 4 5 6 7 8
Apellido:	100000		
Nombre: 27.009 - M.P. O.D.: 99 (02901) 425016 San Free 1684 Piso 1 Dpto: A M.N. / M. P.	4	3 2 1 Vestibul	2 3 4 5 6 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7 8 7
Domicilio Consultorio:	Derecha 8	MADA	Zquierda 7
Provincia:	5 4	3 2 Vestibul	1 2 3 4 5
Localidad:		M401	
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz OPT07 Lápiz Azul Lápiz Tratamiento a realizar Tratamiento	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 Tratapilento Terminado
5/04	38			2	112	25/6/15	d-toe
And the State of t	02901) 42	ore or Lippin, A					
	r nie literde gr	Schwab 1 Q D.: 99					
property (C)						4	
					112		

Observaciones	202	wan
(),000	(22)	

Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr.

La naturaleza de los tratamientos posibles complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodo presión de un plazo máximo de 45 (cuarenta y circo) días. Casa confrario, acepto la responsabilidad por mignosimplimarjo e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y circo) días Casa confrario, acepto la responsabilidad por mignosimplimarjo e inacción, asumiendo a mi exclusiva cuenta y circo de su eventual retratamiento de tratago de la configuración de la configu

