	Sistema:	1						
	Asociado Nº: 641211951021 DATOS DEL	Odontopraxis Americana						
	Plan: PACIENTE							
	Apellido: NEWOZD QUINTERDY	DNINº 1401739931111						
	Nombre: OCCEA							
	Parentesco: Fecha de Nac							
	Domicilio: P LAURENSSE 747							
	Localidad: C. P.:							
	DATOS DEL PROFESIONAL	Vestibular 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8						
	Apellido:	MMMMMMMMM2						
	Dr. Fernando R. Schwab 4 7 7 7	DDDDDDDDD3						
	Nombre: M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99 8 7 6 5 4 (02901) 425016	3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8						
	Sam Martín 1684 Piso 1 Dpto. A	3 2 1 1 2 3 4 5						
	M.N. / M. P.	HHHHH IZquierda						
	Domicilio Consultorio:							
		Vestibular						
	Teléfono:							
	REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde							
	OPT07 Tratamiento a realizar Tratamiento anterior 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
0101		e care care process		15	93	14/11/19	~ anteress
0220	24	DO	2	40	302	14/11/19	- anters
venir i	Dr.F. cand	R Schwab				color	
IN CHRISTIA	THE ENGINE					- American	
reta e ma		= 1400					
hallo ne		THE I	E 20		395		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habien conocido por parte del Dr				
	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional			