

Sistema:	2(1)	A
Plan: Docedo	DATOS DEL PACIENTE	Odontopraxis Americana
Apellituo:		D.N.I. Nº: 1461-131341. 2051
Nombre:	Fecha de Nacio	miento: 73-01-06
Domicilio: H. de Mo	luna USZ	
Localidad: Ushuco. Teléfono:	c.p.: 94	
DATOS DEL PROFESIONAL	9 7 6 5 4	Vestibular 3 4 5 6 7 8
Apellido: /dcerra B		
Nombre: Alexandro	4 2 2 2 2	
2008		3 2 1 1 2 3 4 5 6
M.N. / M. P	Derecha 8 A A	TARABARA T Izquierda
Pose del Coempo 20	5 4	3 2 1 1 2 3 4 5 Vestibular
Teléfono: Lápiz Azul	Lápiz Rojo Lápiz Verde	0
REFERENCIAS: Lapiz Azul 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
0219	65					1308/14	
0219	55	0				2768/4	1 X June
90101	64					27/08/14	X low
		y -1				, , ,	
The state of the s							
	ALT.	He ger					

conocido por parte del Dr	THE STREET A				the state of the s
conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamientos compilicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente estableck sido debidamente informado acerca de le recesidad de rehabilitar la pieza tratada endodnticamente dentro de máximo de 45 (cuarenta y cinco) di contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimento e asumiendo a mi exclusiva cuenta ellos costos de un eventual retratamiento de ser esto posib					
conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamientos compilicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente estableck sido debidamente informado acerca de le recesidad de rehabilitar la pieza tratada endodnticamente dentro de máximo de 45 (cuarenta y cinco) di contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimento e asumiendo a mi exclusiva cuenta ellos costos de un eventual retratamiento de ser esto posib			- 10-25		
complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecic sido debidamente informado acerca de le necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de máximo de 45 (cuarenta y cinco) di contrario, acepto la responsabilidad por inj. incumplimiento e asumiendo a mi exclusiva cuenta relos costos de un eventual retratamento de seriesto posib			CE TO MARCHE MARCHE	Carlo	
conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamientos complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente estableck sido debidamente informado acerca de le recesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de máximo de 45 (cuarenta y cinco) di contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimento e asumiendo a mi exclusiva cuenta ellos costos de un eventual retratamiento de ser esto posib	Changaianas	Por	la Presente, autorizo al pro	ofesional actuante a realizar los tra	tamientos indicados en esta Historia Clínica.
sido debidamente informado acerca de le recesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticamente dentro de máximo de 45 (cuarenta y cinco) di contrario, acepto la responsabilidad por inti incumplimiento e asumiendo a mi exclusiva cuenta ellos costos de un eventual retratamiento de ser isar posib		con	ocido por parte del Dr		La naturaleza de los tratamientos,
asumiendo a mi exclusiva cuenta de ser idato posib		····· sido	debidamente informado a	cerca de la necesidad de rehabilitar	la pieza tratada endodónticamente dentro de
				nta ' 'allos costos d	e un eventual retratamiento de ser esto posib
				and the same	W KALLY
Firma Firma Firma Firma Firma y Eaglo Professional		Control of the Contro	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR		
				55 7 5	Firma y Sello Profesional
				#### D ## D	
				CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	
				0,	
				1	