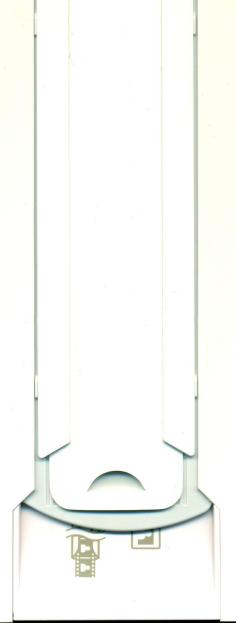
Cobertura: ACCOCO SACOO Asociado Nº: OZMIOISAIJAIOIOI Plan: PCANINO PACIENTE APESONA D.N.I. Nº: BISIJIOIAGISIA I
Nombre: V126W, A
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 23/07/92
Domicilio: 6- COENTRO 310
Localidad: Provincia: C. P.:
Teléfono:
DATOS DEL PROFESIONAL 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Apellido: 1 Cinvolotii 2
Dra. Paula Giavedoni Nombre: M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97 (02901) 425016 San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A M.N. / M. P. 5 \$\frac{4}{3} \frac{3}{2} \frac{1}{1} \frac{1}{2} \frac{2}{3} \frac{4}{5} \frac{5}{6} \frac{7}{8} \frac{8}{6} \frac{5}{6} \frac{4}{6} \frac{3}{6} \frac{2}{6} \frac{1}{6} \
Domicilio Consultorio: Derecha Derech
Provincia: 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5
Localidad: Vestibular
Teléfono: REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar OPT07 Lápiz Rojo Lápiz Verde Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes 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 Tratamento Terminado
0301	24				370	18/06	- Jank
2 <u>5</u> 0 k	(02501) 0250 atus tuan Pise	(Dhary)					٧
i i	23.547 F.M.R.	punit.					-1
nor-rega	a *, a	12.75	N C	20			
		Gar in the second			370		
oservacie de	H		p dicació	or parte del Dr ones, riesgos y alter	rnativas, aceptándo eerca de la necesid noo) días. Caso co na y cargo todos ac	os de conformidad.	entos indicados en esta Historia Clínica. Habien La naturaleza de los tratamientos, posibl Asimismo, dejo expresamente establecido que pieza tratada endodónticamente dentro de un pla esponsabilidado par Pajinay Intraviento e inacció eventual retratamiento del sar esto posible Controla Especialista en Endodoncia

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

M.N.: 27.337 - M.P. O.D.: 97

Firma y Sello Profesional

