Nombre: San Lego. Parentesco: Domicilio: 12 Ochubre 142 Localidad: USWUCILO	Fecha de Nacim	iento: 21 - 05 - 2010
Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schwalo Nombre: Textinon So M.N. / M. P. Domicilio Consultorio: Son York N 1684 Teléfono:	1 8 7 6 5 4 3 4 9 9 9 9 9 9 5 4 3 5 5 4 3 Derecha 8 9 9 9	Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular Vestibular 2 3 4 5 6 7 8 2 7 8 3 7 8 1 7 8 1 7 8 1 7 8 1 7 8 1 7 8 1 7 8 1 7 8 1 7 8 1 7 8 1 8 1
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz OPT07 Lápiz Azul Lápiz Tratamiento a realizar Tratamient		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 Pacienté Tratamiento Terminado
10.60	angta.	CENT			9300	17-09-14	×
05.02.	000 a	582	101	500	11000	17-09-14	×
THE CONTROL	SOLF TOWN						
**************************************		ı č					
S. AMICSE	18 041	17 86° 17	130		20300		

Observaciones	Por la Presente autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del\Dr
<u> </u>	A POD S D. Firma del Paciente y N° D.N.I. Firma del Paciente y N° D.N.I. Firma y Sello Profesional