Asociado Nº: PATOS DEL PACIENTE Apellido: Parentasco: Domicilio: Localidad: PACIENTE DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: PACIENTE DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: PACIENTE DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: PACIENTE Apellido: PACIENTE DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: PACIENTE Apellido: PACIENTE Apellido: PACIENTE DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: PACIENTE Apellido: PACIENTE Apellido: PACIENTE DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: PACIENTE Apellido: PACIENTE Apellido: PACIENTE DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: PACIENTE Apell	Sistema: Arrand Droove							
Nombre: Parentesco: Domicilio: Localidad: C. P: Oly () Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schwood: Apellido: Schwood: M.N. / M. P. Od M 99 Domicilio Consultorio: Schwood: M.N. / M. P. Od M 99 Domicilio Consultorio: Schwood: Teléfono: Y 2 5 16 REFERENCIAS: Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes.	300000	DAT		H	Odontopraxis Am	ericana		
Parentesco: Domicilio: Localidad:	Apellido: Quillona	8		D.N.I	.Nº: 129113195	1911		
Domicilio: Localidad:	 U			and the same of th	111181			
Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schussch Apellido: Sc			. Fecha de Naci		3.[]			
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schusch 1	Λ		C.P.:					
Apellido: Schunds 1	Teléfono:				,			
M.N. / M. P. Od M. P. Derecha Domicilio Consultorio: Servici		1 👸 🛱	6 5 4	Vestibular 3 2 1 1		7 8 2		
Domicilio Consultorio: Derecha Societa Derecha	Nombre: Ferraise	4 📜 💆	6 5 4			3 7 8 3		
Domicilio Consultorio: 1689 Teléfono: WEFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Tratamiento a realizar Tratamiento a realizar Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Tratamiento a realizar	M.N./M.P. od 2099		5 💆 🗖	Vestibular 3 2 1 1	2 3 4 5 6			
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes	1684 Dto 104	Dere	s 5 4	3 2 1 1 Vestibular	2 3 4 5 7 Izqu	erda		
Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes	Teléfono: 425016							
	Tratamiento a realizar	Lápiz Rojo Tratamiento anterior		Coronas	Cantidad de Dientes existentes			
	1	14						
		1						
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·						



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		Pilat		\$15	881	30/9/14	
0501	- 22	7. 2.00		1 15	\$115	30/9/14	
						*	
and sies.							
September 1							

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habieno
Observaciones	conocido por parte del Dr
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo exfresamente establecido que r
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endo contro de un plaz
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi dicumplimiento e inacció
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por minicumplimiento e inacción asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual reactiva de la contrario de ser
	Odontóli de la ligita della ligita de la ligita de la ligita della lig
	Especialista en Plótesis
	Especialista en Protesis

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

Firma y Sello Profesional

