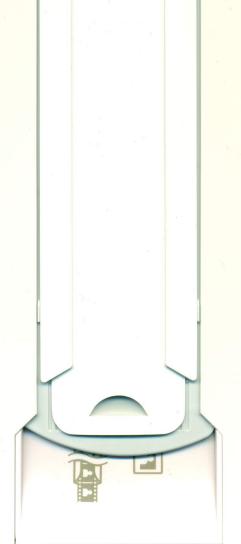
Sistema: A C s d Solud Asociado Nº: DATOS DEL Plan: Plan: Plan: Plan: D.N.I. Nº: BIGT3 415 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Teléfono:
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: GIAUEDONI 1
Nombre: VAUL 1
M.N. / M. P. 2+33+ Domicilio Consultorio: In Mortin 1684 Derecha Significant Andread Andrea
Teléfono: 1250 (6 REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde
REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar OPT07 Lápiz Rojo Lápiz Verde 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		nformidad Paciente amiento Terminado	· .
0104	36	10 m		K R Z	10	26 06	(5-7)	Zeelles	
0901	16-15	9	10 ⁻¹ - 2	60	10	26 06	1-6	Couple	38
02090	15	OH	Canp	362	10	2606) } (Souls	
TRANSPORTS									
			,		30			FIFE STATES	1
CLORUL'S TO	TOTAL S	Try (ge .	8		100	

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo conocido por parte del Dr					
Laborator of State of	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la p					
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la re					
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible					
		PAULA NAVEDONI				
	0 0000	ODONTOLOGA				
	L Call os	M.N. 27.337 N.P. OD-97				
	Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional				

