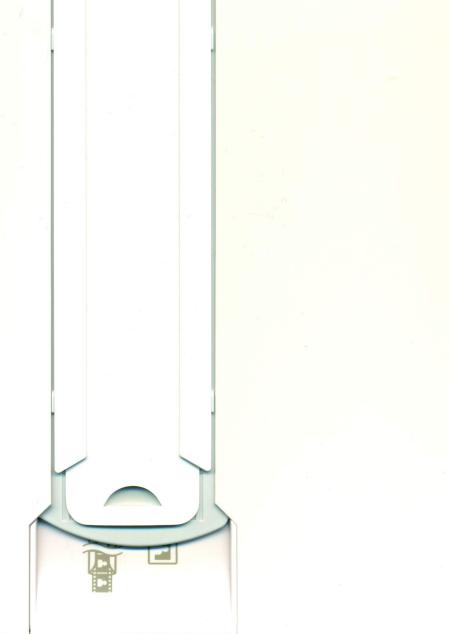
Sistema:  Asociado Nº:   Asociado Nº:   DATOS DEL PACIENTE  Apellido:  D.N.I. Nº:   D.N.I. Nº:  D.N.I. Nº:   D.N.I. Nº:  D.N.I.
Nombre: MALLS  Parentesco: Fecha de Nacimiento: 29-19  Domicilio: 1337  Localidad: C. P.: 1438
Teléfono:  DATOS DEL PROFESIONAL  Apellido:  1
Nombre:M.N.; 27,009 - M.P. O.D.; 99 (02901) 425016  San Martín 1684 Piso 1 Dpto: A  M.N. / M. P.  Derecha  Teléfono:
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde 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
0101	Pour	2 11 3	v		78	8/8	
10 J J S Q	(20) 42 Martín 1684 M	5016 O) so 1 Opto. A	J	-	71,5	3/2	A.
9150	Dr. Fernando R	Schwait	8		215	312	of
0720	77	OM	2		777	3/2	
Taring a	4 1 97						
president i			\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		933		

Observaciones	<u> </u>	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia (Ilínica, Habiendi conocido por parte del Dr				
		máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos o	la responsabilidade di incumplimiento e inacción,			
		march and the second	Especialista en Prótesis M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99			
	(2001-25°s)	DNI 106904+3	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
		Firma del Paciente y Nº D.N.I.	Firma y Sello Profesional			

