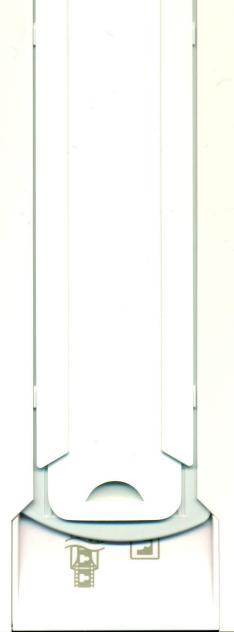
Sistema:  Asociado Nº: OIOIZIZISIZIGIBIOIIT  Plan:  Apellido: TALIAS JANINA NICOCO  D.N.I. Nº: 435593817111
Nombre: Fecha de Nacimiento: 16 00 0)
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 16 00 0)  Domicilio: Yough 14 05
Localidad:         C. P. :           Teléfono:         15467872
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Corrigination (Corrigination)  Apellido: Vestibular  Vestibular  1
Nombre: PAULA 4
M.N./M.P. 2737~97 5 单单单单单章 6
Domicilio Consultorio: 3- NACTUA 684  Derecha 8
Teléfono: UZSO16
REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento anterior 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
10101				15	83	09/01/15	
230)	34			40	370	orlalis	
					y d		MC
				39 1			1000
		45416 A.	1 7				
	AS AS	mo(4. 3	i va		453		

la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los usationes.

La naturaleza de los tratamientos, posibles policiaciones, riesgos y alternativas, apeptandolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he o debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratago en periodo de un plazo ximo de 45 (cuarente y cinco) plas Caso contrario, acepto la responsabilidad per pri insumplimiento e inacción, miendo a mi exclusiva cuenta cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible Especialista en 1 nocodonica M.N.: 27.337 / M.P. O.D.: 97

GIAVERON. Firmaly Sello Profesional PAUA

