DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: DATOS DEL PACIENTE Pacientesco: DATOS DEL PACIENTE D.N.I. №: 2 IS 43 IZ S IP YI I I I I I I I I I I I I I I I I I
PACIENTE Apellido: ACETANORO D.N.I. Nº: ZIS Y3 IZ S 17 Y1 Americanoro Americanoro Parentesco: Domicilio: Domicilio: D.Ocalidad: C. P.: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: CALUAB 1
Apellido: Ficuritico Nombre: Music Auctinuluo Parentesco: Fecha de Nacimiento: 28/00/74 Domicilio: JANEN 180 pho 2 Cocalidad: C. P.: Peléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schluab 1
Nombre: ALIGU ALETANORO Parentesco: Fecha de Nacimiento: 28/2017 Domicilio: JA1NEN 180 Np ho 2 Localidad: C. P.: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schuar Apellido: Schuar
Fecha de Nacimiento: Data
Domicilio: JANNO 180 0pto 2 Localidad: C. P: Vestibular DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: Schuaß 1
C. P.: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: ScHuarb Apellido: ScHuarb Apellido: Dombre: 1
Teléfono: DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: SCHUAB 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 Apellido: Nombre: Apellido: ANOMBRE: ANOMBRE: ANOMBRE: Derecha 8 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido: SCHWAB 1
Apellido: Schuaß 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 Nombre: Few 7000 5 6 7 8 3 Nombre: Schuaß 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Nombre: Schuaß 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Nombre: Schuaß 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Nombre: Schuaß 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Nombre: Schuaß 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Nombre: Schuaß 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Nombre: Schuaß 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Nombre: Schuaß 1 8 7 6 5 6 7 8 3 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 3 Nombre: Schuaß 1 8 7 6 5 6 7 8 8 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 1 8 7 6 5 6 7 8 8 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 1 8 7 6 5 6 7 8 8 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Nombre: Schuaß 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
Nombre: Fewence 4
Domicilio Consultorio: SONCTIA 1684 Tratamiento a realizar Selladores Tratamiento a realizar Derecha Selladores Selladores Tratamiento anterior Tratamiento anterior Tratamiento anterior Tratamiento anterior Selladores Tratamiento anterior
Domicilio Consultorio: SONCTIA 1684 Tratamiento a realizar Selladores Tratamiento a realizar Derecha Selladores Selladores Tratamiento anterior Tratamiento anterior Tratamiento anterior Tratamiento anterior Selladores Tratamiento anterior
Domicilio Consultorio: SONUTINA MARY Teléfono: Celéfono: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Tratamiento a realizar Tratamiento anterior
Derecha 8
SONOTION 1689 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 Teléfono: Celéfono: Celéfono: Celéfono: Celéfono: Celéfono: Celéfono: Celéfono: Coronas Cantidad de Dientes existentes Coronas Cantidad de Dientes existentes
reléfono:
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde Tratamiento a realizar Tratamiento anterior Selladores Coronas Cantidad de Dientes existentes
REFERENCIAS: 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 Terminada
0101				15	<i>8</i> 3	2810	L (yulle)
	7 2 5)						7/
		<u>.</u>				- 4	
n Blacksti a	Charles						(6)
Dunio in	,	j desti	.w;] [8	rg 76	83		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Hist conocido por parte del Dr	tratamientos, posibles
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamento	
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endodónticame	nte dentro de un plazo
	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por imi incur	nolimiento e inaccion
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retrataminado, de	erest posible
	Especialista en F	roteala
	X / ///// 75 4375 + 9 M.N.: 27.009 - MAS	₹. 0,10:: 99
	1	
	Firma del Paciente y Nº D.N.I. Firma y Sello P	rofe\$ional

