Nombre: Blow 6	DATOS DEL PACIENTE	
	Mº 1539	niento: 12106186
Nombre: fermed M.N. / M. P. and may 99	1 8 7 6 5 4 1 4 4 4 8 7 6 5 4 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Vestibular 2 3 4 5 6 7 8 2 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Vestibular 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 Vestibular 3 2 1 1 2 3 4 5 6 Vestibular 3 2 1 1 2 3 4 5 6
Domicilio Consultorio: Sou Monda Maria Mar	8	Coronas Cantidad de Dientes existentes
	3	

PARA USO PROFESIONAL

Código de Prestación	Pieza dentaria	Obturación Ubicación	Obturación Material	Valor a Cargo del Paciente	Valor Total	Fecha	Conformidad Paciente Tratamiento Terminado
2104	12		eare Property	ΛŞ	178	3/9/14	Carte a
101090	12			15	138	3/9/14	X XX
029L0	25	on	R	15	5265	3/10/14	x RAS X
0215	23	5	R	15	\$193	3/10/14	aft a
Market 1							
				Cey(Z38		Taking period	7.

Observaciones POI M-912 Louis Outro Julio Louis Julio Louis Laboration Louis Lou	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los trat conocido por parte del Dr	La naturaleza de los tratamiéntos, posibles dad. Asimismo, dejo en responsabiles dad. Asimismo, dejo en responsabilidad que he la pieza tratada endodontica en en periodo de un plazo la responsabilidad dos milincumplimiento, e inacción la responsabilidad dos milincumplimiento, e inacción.
	Firma del Paciente y N° D.N.I.	Firma y Sello Profesional