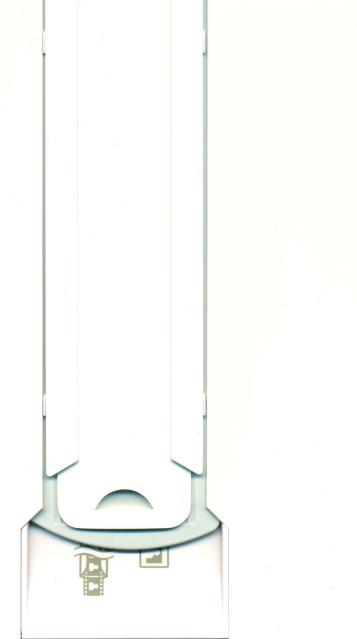
Asociado Nº: LLIGIPIO IPIC Plan: PMO Apellido: Por Apellido: PMO	DATOS DEL PACIENTE	Odontopraxis Americana  D.N.I. Nº: 383811170111
Parentesco: hipo	enca 953	niento: 4/03/96
DATOS DEL PROFESIONAL  Apellido: Sch Fednando F Odontologo - Ir	nplantes Prótesis	Vestibular  2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2  3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3  Vestibular  Vestibular  Vestibular  2 1 1 2 3 4 5
M.N. / M. P. 23009  Domicilio Consultorio: Son Toleifono: 425016.  REFERENCIAS: Lápiz Azul	Lápiz Rojo Lápiz Verde	Z 1 1 2 3 4 5 7 Izquierda  Vestibular
OPT07 Tratamiento a real	izar 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
0219	27	0	Ħ	5 15	302	3/15	X PATA
0501			4	15	120	3 15	XXXX
4.		TWA 2.1 BT TO 25 DE S D - 1 DE SECTO		* *		1	Car
	DOMESTICATION	(0) 16.5711 12.0			9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	_ 5 -9 0	
		1 - 1 - 3 7 5	r			-	
l'asu s	42 gl -	2 4 - 4 %	× 45.			1	3

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los trata conocido por parte del Dr. complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformid	La naturaleza de los tratamientos, posible
	sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la asumiendo a mi exclusiva quenta y cargo todos aquellos costos de	la pieza tratada endodónticamente dentro de un plaz a responsabilidad por mi incumplimiento e inacciór
3		Contólogo - Implantes Especialista en Prótesis
. *	X 139397170	M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
	Firms del Posiento y Nº D N I	Firma v Sello Profesional

