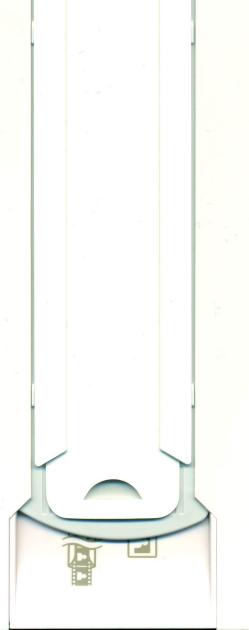
Asociado Nº: DOITIÓN DATOS DEL PACIENTE Apellido: S. Ononno Coino D.N.I. Nº: 91431391419161 Nombre: En Gracia Parentesco: Fecha de Nacimiento: 8(2/83). Domicilio: Lunodon de usluno a Localidad: Localidad: C. P.: 9440	
Plan: 27 - 000 PACIENTE Apellido: 5. 02 2020 D.N.I. Nº: 91431391419161 Nombre: Eugnocio Parentesco: Fecha de Nacimiento: 912183. Domicilio: 2000 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
Nombre: Eugenotion Parentesco: Fecha de Nacimiento: 9(2/83). Domicilio: Lunodon de uslunció Localidad: Localidad: C. P. 9410	
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 8283. Domicilio: Lucalidad: Localidad: C. P.: 9410	
Localidad: Lucalidad: C. P.: 9410	
Localidad: C.P.: 9410	
- $ -$	
Teléfono: 15618259	
DATOS DEL PROFESIONAL 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
Apellido: 1 D D D D D D D D D D D D D D D D D D	2
	3
Nombre: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 Vestibular	
Nombre: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 M.N. / M. P. M.N.: 27.009 M.P. O.D.: 99 Domicilio Cossultorio 02901) 425016 Teléfono: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
Derecha 8 Derecha 7	
Martin 1684 Piso 1	
Teléfono:	
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo Lápiz Verde	
OPT07 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	
5(01	Dr. Felmandr 4 N 27.069 - 1 (02901) 4. Martin 1801	8. <u>Schwab</u> 1.R. O.D.: 99 25016		810	3102	21/5/15	X lytracia	2
To the						1	3,	1 443
							a di sa Maj	tx .
12 S		- s, 4					H H	
i Tige is	· ~ . ~		T-5 -				· -	

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiend conocido por parte del Dr
	complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establecido que h sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada endedónticamente deporto de un plaz máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por realizações de inacción
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retralamento de ser esto pesibly ab
	* Kutastia 94339496 M.N.: 27.009 - M.P. O.D.: 99
	Firm Oalla Bartation

