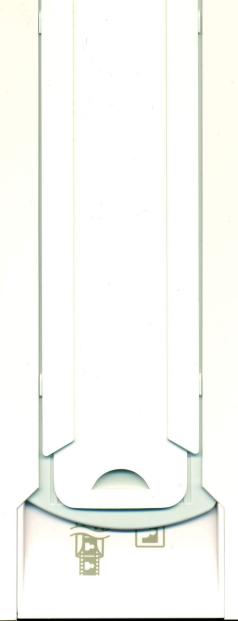
Cohertura:		1
Asociado Nº: 817174893	DATOS DEL	Odontopraxis Americana
Plan: Puro	PACIENTE	
Apellido: Co Wice	Vicosor	D.N.I. Nº: 417476
Nombre: Dengal &	& Cerry	。 第124章 1958
	Fecha de Nacimie	onto: 2+-8-88
Pari 2 Pros	rectia de Nacimie	
Domicilio:		
Localidad:	Provincia:	
Teléfono:		
DATOS DEL PROFESIONAL	8 7 6 5 4 3	Vestibular 2 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8
Apellido:		
	Derecha 8 5 4 3	Vestibular Vestibular 2 3 4 5 6 7 8 8 3 Vestibular 2 3 4 5 6 Izquierda Vestibular 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
0302	46			220	558	26/06/	& Colque
0710	46	00	Con	to	362	26/06	& Colour
0104	36	vedoni LOB 07		\$10	112	26/06/	Colque
)						7
FF.	v						



la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo ocido por parte del Dr. La natúraleza de los tratamientos, posibles plicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, delo expresamente establecido que he debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada entodónticamente dentro de un plazo kimo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacción, miendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento, de ser esto posible FAULA CUVEDON ODONTOLOGA M.N. 27.337 - M.P. OD-97

Firma del Paciente y Nº D.N.I.

Firma y Sello Profesional

