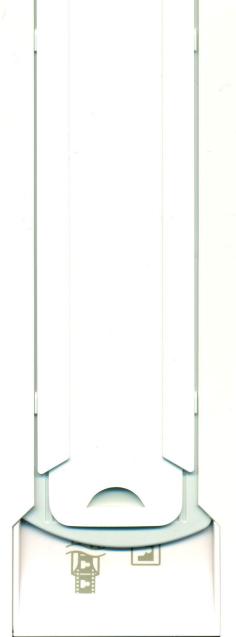
Apellido: Apelli	ATOS DEL Odontopraxis Americana D.N.I. Nº: 27   5   8   0   3 7   5   1    Fecha de Nacimiento: 31   12   78  C. P.: P.Y.CO
Dra. Paula Giavedoni  M:N:: 27:337 - M:P: O:D:: 97  M.N. / M. P. (02901) 425016	Vestibular  Vestibular  Vestibular  7
Teléfono:  REFERENCIAS: Lápiz Azul Tratamiento a realizar Department de la composição de la	Lápiz Verde 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	26	O	R		300	30215	8(9)
100000	Bio. P.						Y.
						No.	
počskask,	. 7			1 P H			
i sisac <sub>a</sub> o	, ws						

bservaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habiel conocido por parte del Dr
	máximo de 45 (cuarenta v cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacci
	asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento ade se Centro postoloj
	Odontóloga Especialista en Endodoncia
	Especialista en Endodoncia
	M.N.; 27.337 - M.P. O.D.; 97
	The Morte Defectional

