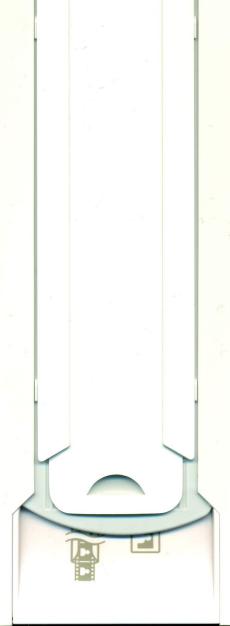
Plan:	008911900 CUTALA	DATOS DEL PACIENTE	Odontopraxis Americ
Apellido:		The second second	D.N.I. Nº: [33] 70 110 310
Nombre:			iento:
			icito.
			C. P. :
			Vestibular  2 1 1 2 3 4 5 6 7
Nombre: Dr. Ferna M.N.: 27.0 M.N. / M. P. (029 Domicilio を引いが続き! Provincia:	ando R. Schwab 09 - M.P. O.D.: 99 01) 425016 .684 Piso 1 Dpto. A	4	Vestibular $ \begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$
Teléfono:	Lápiz Azul Lápiz	Rojo Lápiz Verde to 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
0001	1904 BR	a jugaro. v			120	osiosis	2 Amy
	1 1/2008 - M t	0.0. 19					V
	-						
	1/2						
LHORE .		1 1			120		=
bservaciones	s		conocido p complicacio sido debida	or parte del Dr. ones, riesgos y alter mente informado a	nativas, acedtándo cerca de la necesid	los de conformidad. As ad de rehabilitar la piez	tos indicados en esta Historia Clínica. Habiendo La naturaleza de los tratagrientos, posible simismo dejo expresamente estatolecido que ha trateda en esta por en esta trateda en esta posible esta posible en esta posibl

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 after ativas, acertándolos de conformidad. Asimismo dejo expresamente establecido que hisido debidamente informado racelzo de de la riepesidad de rehabilitar la pieza tratable de REATIBATIGO en le portavargon plas máximo de 45 (cuarenta (cincs)) dias Caso confrario, acepto la responsabilido demonstrato paste el nacción asumiendo a mi exclusive gracia y cargo todos aquellos costos de un eventual retrataguante el nacción asumiendo a mi exclusive gracia y cargo todos aquellos costos de un eventual retrataguante el nacción asumiendo a mi exclusive gracia y cargo todos aquellos costos de un eventual retrataguante el nacción asumiendo a mi exclusive gracia y cargo todos aquellos costos de un eventual retrataguante.

M.N.: 27.009 M.P.I.O.D.: 99

Firma del Paciente y Nº D.N.I. Firma y Sello Profesional

