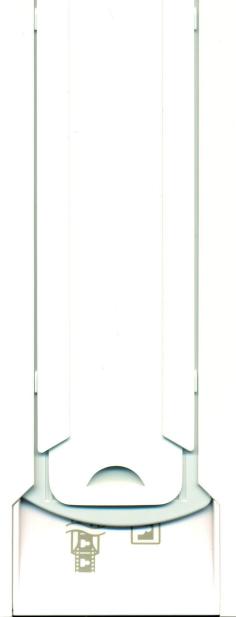
Sistema: Asociado Nº: 619881210101315 Plan: Apellido: 0.00.301e3	DATOS DEL PACIENTE	Odontopraxis Americana
Parentesco: Domicilio: Plo Arg	Fecha de Nacimiento:	3-4-2006
Localidad: USY) GCQ Teléfono:	C. P. :	
Dr. Fernando R. Schwab Nombre: M:N:: 27:009 - M.P. O.D.: 99	1 8 7 6 5 4 3 2 1 4 8 7 6 5 4 3 2 1 Ves Ves 1 Derecha	tibular 1
	Lápiz Rojo Lápiz Verde Ocoronas 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
ol ol		i nitrat W			10500	13-02-15	2 mans
05.02.	27,599 N.P. 0-181,44250	regisa		200	13000	13-02-15	2 mounts
	C FOLLOWING &	in the second				4	
	eson en cares						
				CP			
Option	7619.	7.5	ext Alle	J. S. J. L.	23500		

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratal conocido por parte del Dr	La naturaleza de los tratamientos, posibles d. Asimismo, dejo expresamente establecido que he a pieza tratada endodónicamente dento die un plazo responsabilidad por imi incumpilmiento e inacción,
	Firma del Paciente y N° D.N.I.	Firma y Sello Profesional

