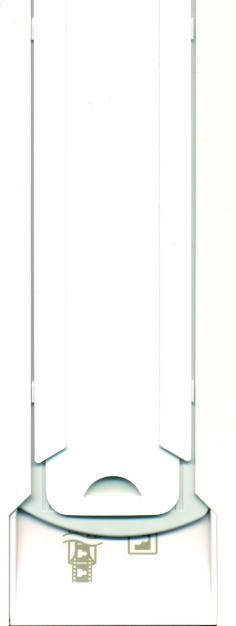
Sistema: Ploties		1	
Asociado Nº: 101017968999010	P9 DATOS DEL	1	Odontopraxis Americana
Plan:	PACIENTE		OPAM S. A.
Apellido: Con Po		D.N.I	.Nº: BISIH94416161 1
Parentesco:			
0			
Localidad: Unit	C. P. :	1919	
Teléfono: 1550 91019			
DATOS DEL PROFESIONAL	8 7 6 5	Vestibular 4 3 2 1 1 1	2 3 4 5 6 7 8
Apellido:			
Nombre: M.N.: 27.009 - Monato D			
Nombre: M.N.: 27.009 9000 D.: 99 (02901) 42601699	8 7 0 5	Vestibular	2 3 4 5
San Martin 1684 Piso 1 Dpto. A	5 💆 🛚		
Domicilio Consultorio: 15. Dpto. A	Derecha 8		IZquierda 7
	5	4 3 2 1 1 Vestibular	2 3 4 5
Teléfono:			
	<b>DIZ ROJO</b> Lápiz Vero sento anterior Selladores		Cantidad de Dientes existentes
7			
1			
		1	
for the state of t			



## 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	3.7 No 1	Opto. O	R		\$270	13/1/15	× Party
OSID". San Ma	27.09 Zhiwa (02501) 425012	D: 99	K		\$270	13/1/15	× 8 M
Dr	Fernando R. Se		112.1				
r kind day	MC EMORET		, A				7
r oskoru k				CL			
Deminio.	1	W - 1 - 1	-13-2-25				

Observaciones		Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos indicados en esta Historia Clínica. Habier conocido por parte del Dr. La naturaleza de los tratamientos, posib complicaciones, riesgos y alternativas, aceptándolos de conformidad. Asimismo, dejo expresamente establedido que sido debidamente informado acerca de la necesidad de rehabilitar la pieza tratada exocidad contro de un pla				
	· constitution	máximo de 45 (cuarenta y cinco) días. Caso contrario, acepto la responsabilidad por mi incumplimiento e inacción asumiendo a mi exclusiva cuenta y cargo todos aquellos costos de un eventual retratamiento de ser esto posible				
	5,	Qdotylogo - Implantes Especialista no Poli				
		M.N.: 27.089 M.P. O.D. on				

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

