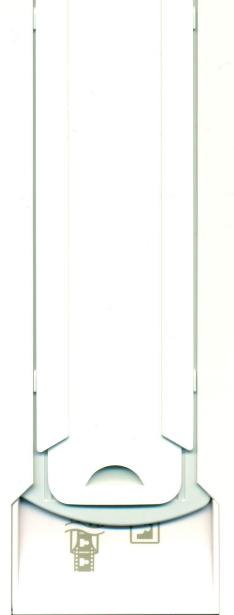
Sistema: Asociado Nº: 183263811 DATOS DEL PACIENTE Apellido: D.N.I. Nº: 2573512211 Nombre:
Parentesco: Fecha de Nacimiento: 18/04++ Domicilio: 12 0 tu pre 1976 Localidad: C. P.: 94/0 Teléfono:
DATOS DEL PROFESIONAL 1 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 Nombre: Dra. Paula Giavedoni M.N. 27.337 - M.P. O.D.: 97 M.N. 27.337 - M.P. O.D.: 97 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 M.N. / M. P. (02901) 425016 Consultorio: San Martín 1684 Piso 1 Dpto. A Derecha 8 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 2 2 3 4 5<
REFERENCIAS: Lápiz Azul Lápiz Rojo 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
0215	43	16	R	10	220	3/02/15	28
02/19	44	V6	R	10	302	3/02/15	8
		4				į.	
	Rosinouerr				7.3	The second	
				- E B			
nation 1							

Observaciones	Por la Presente, autorizo al profesional actuante a realizar los trataconocido por parte del Dr	ad. Asimismo, dejo expresamente establecido que he la nieza tratada endodónticamente dentro de un plaza
	máximo de 45 (cuarenta nicinado acerca de la recessada de visidada máximo de 45 (cuarenta nicinado a cuarenta nicinado a cuare	Odomowa
	8 PX 25+35122	Especialista en Endodoncia M N · 27.337 - M.P. O.D.: 97
	Firma del Paciente y № D.N.I.	Firma y Sello Profesional

