

NOMBRE DEL PACIENTE _____

REFERIDO POR _____

TELÉFONO _____ FECHA _____

TRATAMIENTO DE CONDUCTOS RETRATAMIENTO DE CONDUCTOS

CIRUGÍA ENDODÓNTICA VALORACIÓN ENDODÓNTICA

POR FAVOR CIRCULA EL DIENTE A SER TRATADO

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

COLOCAR RESTAURACIÓN TEMPORAL DEJAR ESPACIO PARA POSTE



NOTAS _____
