



FECHA

Alumno

Docente

Anexo ENDODONCIA A

N° de HC Comisión Clínica Autoriza

Paciente Pieza

Diag. Clínico Diag. RX

Tratamiento

LONGITUD DE TRABAJO RADIOGRAFÍA ELECTRÓNICA	SIGNOS CLÍNICOS	REFERENCIA
.....
.....
.....
.....
.....

Técnica de instrumentación

.....

.....

.....

Técnica de obturación

.....

.....

.....

Observaciones

.....

.....

.....

.....

.....

Recetario

Rp/

.....

.....

.....

.....

.....

RX =

Libro N°

Folio N°

Fecha de terminación de tratamiento

..... / /

Nota

.....

La información antes descripta tiene carácter de declaración jurada.

Fecha / /

Firma paciente o responsable

Firma estudiante

Firma y sello del docente