Nombre del alumno _____

Nombre del paciente_____

CONTROL DE TRATAMIENTO

DIENTE	CLASE	TRATAMIENTO	FECHA	AUTORIZACIÓN	RECIBO	PREPARACIÓN DE CAVIDAD	BASE	ACEPTADO	TERMINADO

UNAM Universidad Nacional Autónoma de México

Odontología Restauradora

EXPEDIENTE CLÍNICO

Facultad de Odontología

Nombre del alumno ____

Nombre del paciente ____

NOTAS DE EVOLUCIÓN

Fecha	Diente	Procedimiento	Firma