



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



HOJA DE LIBERACIÓN CLÍNICA

ESPECIALIDAD:			
NOMBRE DEL ALUMNO:			
NÚMERO DE CUENTA:			
FECHA EN QUE SE LIBERA AL ALUMNO:			
Adeudos en laboratorios	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pacientes terminados	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pacientes heredados	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Material (Modelos, fotografías, etc)	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Observaciones _____			
Expedientes	SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Observaciones _____			

Ciudad Universitaria a _____ de _____ del 20____.

VoBo Nombre y firma del coordinador del área que libera _____