Nombre del alumno _____

Nombre del paciente_____

CONTROL DE TRATAMIENTO

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

Nombre del alumno _____

Nombre del paciente _____

NOTAS DE EVOLUCIÓN

Fecha	Diente	Procedimiento	Firma