

FACULTAD DE ODONTOLOGIA CÁTEDRA DE ODONTOPEDIATRÍA

					Fecha:	
		FI	CHA DE TRIA	JE		
				= <u></u> -		
NOMBRE:					EDAD:	
Represent	tante:			Teléfonos: _		
		TURNO:	☐ Mañana	☐ Tarde		
	PREV	REST	ENDOD	CIRUG	ORTOD	
EXAMINADO POR:						
			ASIGNACION			
ESTUDIAN	ITE:					
CURSO: PREGRADO 3ro: 4to: POSTGRADO GRUPO: DIA: DIA:						
						Cátedra
5 A CL II T A S	S DE ODONTO					de Odontopediatría
FACULTAD DE ODONTOLOGIA CÁTEDRA DE ODONTOPEDIATRÍA						UCV
CATEDIA DE ODONTOPEDIATRIA					Fecha:	
					1 CC11a.	
<u>FICHA DE TRIAJE</u>						
NOMB DE					EDAD.	
					EDAD:	
Representante: Teléfonos: Turno: Turno: Turno: Tarde						
		1011110.	- Manana	- rarac		
	PREV	REST	ENDOD	CIRUG	ORTOD	
		_				
EXAMINADO POR:						
			<u>ASIGNACION</u>			
ESTUDIAN	ITE: _					
		ro: 4to:_	□POSTGR	ADO GRUPO:	DIA:	