

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CÁTEDRA DE ODONTOPEDIATRÍA



Fecha: _____

FICHA DE TRIAJE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
Representante: _____ Teléfonos: _____
TURNO: ☐ Mañana ☐ Tarde

PREV	REST	ENDOD	CIRUG	ORTOD

EXAMINADO POR: _____

ASIGNACION

ESTUDIANTE: _____
CURSO: ☐ PREGRADO 3ro:____ 4to:____ ☐ POSTGRADO GRUPO: ____ DIA: _____

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CÁTEDRA DE ODONTOPEDIATRÍA



Fecha: _____

FICHA DE TRIAJE

NOMBRE: _____ EDAD: _____
Representante: _____ Teléfonos: _____
TURNO: ☐ Mañana ☐ Tarde

PREV	REST	ENDOD	CIRUG	ORTOD

EXAMINADO POR: _____

ASIGNACION

ESTUDIANTE: _____
CURSO: ☐ PREGRADO 3ro:____ 4to:____ ☐ POSTGRADO GRUPO: ____ DIA: _____