



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: _____
UNIDAD: _____



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: _____
UNIDAD: _____