

PROTOCOLO DE TRABAJO CLÍNICO
Clínica Integrada II
CLÍNICA DE OPERATORIA DENTAL III- Año 2.016 -

AUTORIZACIÓN

ALUMNO..... Reg. N°.....

DOCENTE.....

FECHA DE INICIO.....

AUTORIZACIÓN INICIAL FIRMA DEL DOCENTE

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido del Paciente:

Historia Clínica N°

DNI:

Edad:

Elemento N°:

Caras:

OBSERVACIONES

DIAGNÓSTICO:.....

TRATAMIENTO:.....

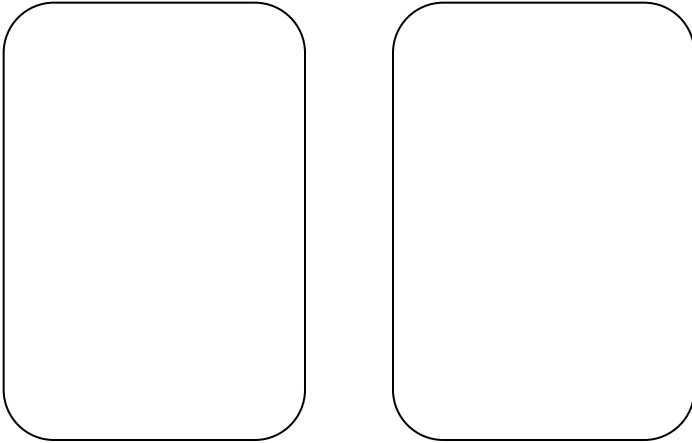
OCLUSIÓN:.....

TÉCNICA A EMPLEAR

MATERIAL DE RESTAURACIÓN......
(Fundamento de la selección).....

.....
.....

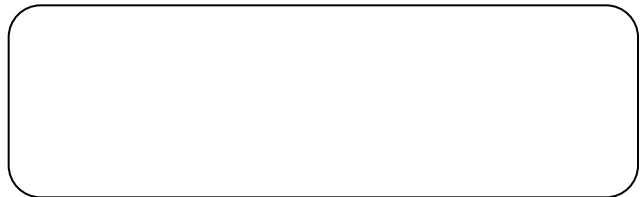
RADIOGRAFÍAS PRE Y POSTOPERATORIA:



<u>PASOS INTERMEDIOS</u>	
<u>FECHA</u>	<u>TRABAJO REALIZADO</u>

FECHA DE TERMINACIÓN:.....

FIRMA DOCENTE Y ACLARACIÓN:



TRABAJO DESAPROBADO

TRABAJO APROBADO

OBSERVACIONES:.....

.....