

Clinica Dental..... Fecha .....

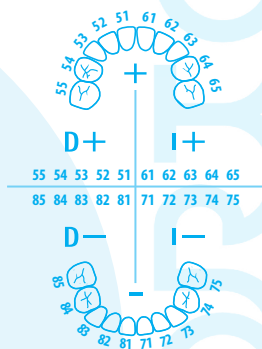
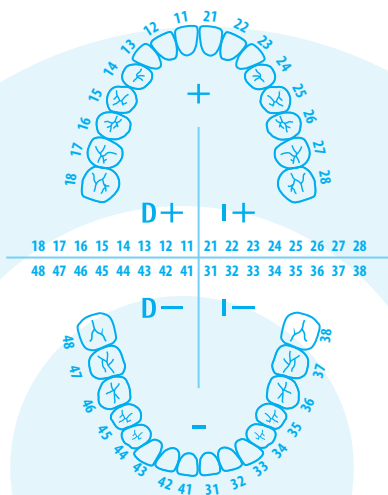
Doctor/a ..... Colegiado nº .....

Paciente ..... Edad ..... Sexo .....

Fecha de envío a clínica .....

Aparatología.....

Color.....Tubos (técnica) .....



Observaciones.....

.....

.....

.....

Laboratorio de ortodoncia y ATM