

*** Imprescindible**

Clinica Dental* Fecha

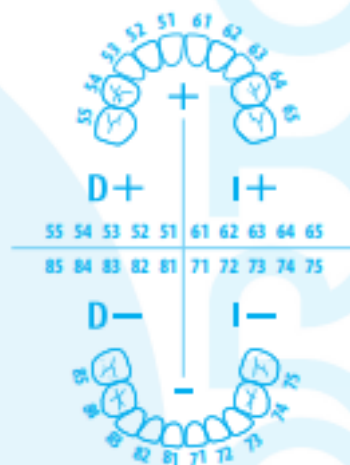
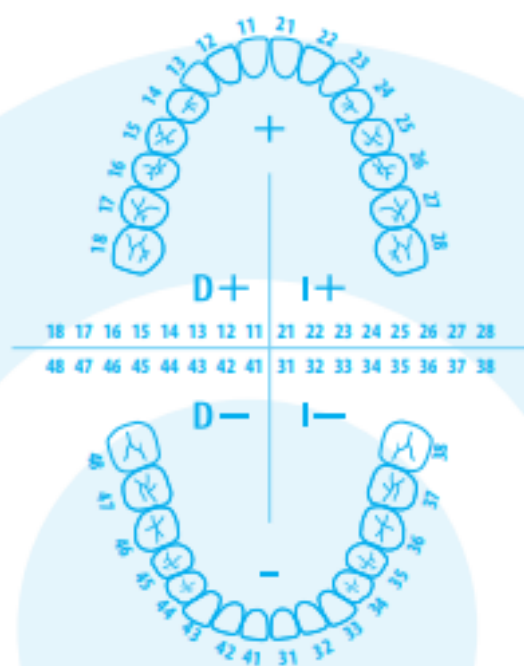
Doctor/a* Colegiado nº

Paciente* Edad Sexo

Fecha de envío a clínica*

Aparatología*

Color Tubos (técnica)



Observaciones

.....
.....
.....

Laboratorio de ortodoncia y ATM