FICHA DE ACREDITACIÓN DE TRATAMIENTOS
CLÍNICA INTEGRADA ADULTOS III

ESTUDIANTE _____

Nº _____TEL _____

PACIENTE _____

DIRECCIÓN _____ TEL _____

DOCENTE COORDINADOR _____

	DOCENTE	FECHA	CALIFICACIÓN
PLAN DE TRATAMIENTO			
TERAPIA BÁSICA			
TERAPIA PARADENCIAL			
TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA			
TRATAMIENTOS DE OPERATORIA			
TRATAMIENTO PROTÉTICO			

DETALLE DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS Y OBSERVACIONES

_____
_____
_____
_____
_____
_____

TRATAMIENTOS PENDIENTES

_____
_____
_____
_____

PRÓXIMO CONTROL _____

	DOCENTE	FECHA	CALIFICACIÓN
ALTA INTEGRAL			
ALTA INTEGRAL PARCIAL			
ALTA BÁSICA MODIFICADA			