

Nombre: _____ Fecha: __/__/____

Diente	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Radiográfico	Tratamiento
1.1			
1.2			
1.3			
1.4			
1.5			
1.6			
1.7			
1.8			
2.1			
2.2			
2.3			
2.4			
2.5			
2.6			
2.7			
2.8			

Nombre: _____ Fecha: __/__/____

Diente	Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Radiográfico	Tratamiento
3.1			
3.2			
3.3			
3.4			
3.5			
3.6			
3.7			
3.8			
4.1			
4.2			
4.3			
4.4			
4.5			
4.6			
4.7			
4.8			