UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CLÍNICA DE OPERATORIA DENTAL

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: (M) (F) FECHA: _____

CONDICIÓN MÉDICA: _____

Restauración tipo	Pieza dental	Autorización inicial	Técnica anestésica	Anestésico aplicado	Autorización de cavidad	Autorización de protección dentino - pulpar	Restauración finalizada	Operador/ Asistente

OBSERVACIONES: _____

_____

Dra. Dalia López Silva
Dr. Arturo M. Padilla Hermosillo