



Prescripción de tratamiento endodóntico

Dra. Pueyo. n° col 1221.

e.mail: info@clinicacampuzano.com

Rodríguez Arias n°32. 1° Derecha.

Fecha: _____

Clínica: _____

Doctor: _____

e.mail: _____

Paciente: _____

Edad: _____

Diente/s: _____

Motivo de la consulta: _____

¿Necesita que se deje algún conducto preparado para poste?

Si (indique cual): _____

No

¿Se ha recetado alguna medicación?

Antibióticos: _____

Analgésicos: _____

Otras: _____

Por favor adjunte radiografía o imagen de CBCT.

Muchas gracias por la confianza al referir a sus pacientes.

Firma del referidor: _____