



UNIVERSIDAD DE CHILE

Dirección de Bienestar Estudiantil
Servicio Médico y Dental de Alumnos
Av. La Paz N° 1002 - Fono: 22 978 8970
Santiago

Dra. Oporto.

INTERCONSULTA A LA ESPECIALIDAD DE: *Endodencia*

rut: 19.513.062-0

FICHA N°

NOMBRE: *Rebeca Orullana Parada*

ESCUELA _____ CURSO _____ DENTISTA _____

Diagnóstico probable *pulpa b5 irreversible gingivitis*

se solicita atención de *Endodencia diente 30*

Se desea saber opinión de esa especialidad sobre _____

Nombre y firma Dr. *Cirilano Dentista*

Fecha *31.10.18*

Informa: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento a efectuar y/o efectuado: _____

Nombre y firma Dr. _____