



Chequeo Dental

Nombre del Paciente:

Fecha de Hoy:

Paciente Completó:

- ☐ Limpieza y examen dental
- ☐ Sin caries
- ☐ Tratamiento dental recomendado

Próxima Cita de Limpieza:

Nombre de la Clínica:

Nombre del Dentista o Higienista:

Firma del Dentista o Higienista:



Chequeo Dental

Nombre del Paciente:

Fecha de Hoy:

Paciente Completó:

- ☐ Limpieza y examen dental
- ☐ Sin caries
- ☐ Tratamiento dental recomendado

Próxima Cita de Limpieza:

Nombre de la Clínica:

Nombre del Dentista o Higienista:

Firma del Dentista o Higienista: