CLÍNICA ODONTOLÓGICA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Epicrisis

Antecedentes del Paciente	
Nombre:	Apellidos:
R.U.N:	Edad:

Fecha de Ingreso:	Motivo de ingreso:
Diagnóstico Resumido:	
Tratamientos efectuados (Breve descripción de acciones):	
Condiciones del paciente al término:	

Alta Preventiva		Alta Voluntaria		Alta Disciplinaria	

Consentimiento Informado Sí ☐ No ☐

Estado de Cuenta al Día Sí ☐ No ☐

Fecha de término:
Fecha Control Mantención Salud Bucal (Si Procede):

Nombre Alumno Tratante:	
UTE:	
Docente:	Firma: