

REMISIONES

DÍA

MES

AÑO

Nombre del Paciente: _____ Tel.: _____

Nombre del Odontólogo o Médico Remitente: _____

Tel.: _____

Observaciones: _____

¿El Paciente Será Rehabilitado por usted? Si No

*Válido por 6 meses a partir de su entrega.

Favor adjuntar modelos de estudio, radiografía panorámica y un plan de tratamiento tentativo.

CLINICA

DE IMPLANTOLOGÍA ORAL
DEL VALLE

Dr. Alejandro Posada Gaviria

Edificio Centro Profesional Sexta Avenida (DINERS)
Calle 23 Norte No. 6AN - 17 Cons. 705 Tel.: 6612303 - Cel.: 321 544 5276
B/Santa Mónica Norte - Santiago de Cali - Colombia
E-mail: alejandroposada66@yahoo.com

CLINICA

DE IMPLANTOLOGÍA ORAL
DEL VALLE

BONO INTERDISCIPLINARIO

Este bono le da derecho a evaluación
y elaboración de presupuesto sin
costo en Implantología Oral