



Dirección de Atención Médica  
Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio

Programa de Telemedicina – Orientación Clínica

Área: Estomatología

Consultantes: Centros De Salud y Hospitales

Odontología

**Patologías/Atenciones Incluidas:** Periodoncia, Endodoncia, Ortodoncia y odontología general.

**No incluyen:** Urgencias odontológicas

Nombre(s) y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Datos de la unidad que solicita Tele orientación: \_\_\_\_\_

Impresión diagnóstica: \_\_\_\_\_

Caso presentado por: Odontólogo

Requisitos/Patología	
1.	Resumen clínico
2.	Fotografías
3.	Radiografías : Periapicales (mínimas) y Panorámica en los últimos 15 días

**Fecha y hora de cita asignada:** \_\_\_\_\_