 COLLEGE OF

**ORAL MEDICINE CONSULTATION**

**REQUEST**

DENTISTRY

Para hacer una cita, por favor llame al número 312-355-1222. Si recibe un mensaje, por favor deje su información en nuestro correo de voz.

Su cita es el a las am/p.m.(circule por favor)

**DATE:**

**Patient’s name:**             **DOB:**       **Gender:**

**Address:**             **Axium No:**

**City, State, Zip:**             **Telephone:**

**Student:**            **Faculty:**         **Clinic:**

**Reason (s) for consultation:**

**Consultant’s Report – Please Print**

**Date Answered:**

**Recommendations:**        
  
  
  
  
  
  
**Name:**

**Signature:**

**Por favor traiga esta forma con usted a su cita.**