



FORMULARIO DE REMISIÓN DE PACIENTES

smile@aloha-braces.com

aloha-ortodoncia.com

GRATIS CONSULTA DE SONRISA INCLUYE FOTOS Y RADIOGRAFÍAS CON FORMULARIO DE REFERENCIA

Por favor, lea este formulario y complételo según corresponda.

DETALLES DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE

TELÉFONO DEL PACIENTE

CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE

DETALLES DEL DOCTOR:

NOMBRE DEL DOCTOR

COMENTARIOS

NORTE DE LAS VEGAS
6592 N Decatur Blvd #160,
Las Vegas, NV 89131
1 702-648-2564

**¡EL DR. C Y LA FAMILIA
ALOHA TIENEN DOS
UBICACIONES PARA SU
COMODIDAD!**

SUMMERLIN
11710 W Charleston Blvd
Las Vegas, NV 89135
1 702-642-5642