# Formato para envío de

# Resumen de Poster

Favor identificar el archivo com el número de cédula del autor. Ejemplo: 10868469poster.doc

Enviar a: svopposter@gmail.com

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cédula de Identidad del preinscrito** | | Click here to enter text. | |
| **Autores (marcar con \* al autor presentante, colocar Apellido e inicial de nombre)** | | Click here to enter text. | |
| **Tipo de Trabajo** | Revisión bibliográfica Caso Clínico Trabajo de investigación | | |
| **Título** | Click here to enter text. | | |
| **Área**  **(Seleccionar una sola opción)** | Prevención/Cariología  Crecimiento y Desarrollo/Ortodoncia  Epidemiología/Salud Pública  Materiales dentales/Restauradora  Manejo del comportamiento | | Anomalías dentales  Traumatología Dentofacial  Endodoncia/Biología Pulpar  Patología Oral/Cirugía Oral  Pacientes con necesidades especiales en salud |
| **Resumen**  **(máximo 250 palabras)** |  | | |
| **Palabras clave** | Click here to enter text. | | |