



Nombre del paciente / NHC

hombre mujer edad _____

Fecha y hora de recogida dd/mm/aaaa 00:00

Fecha de entrega dd/mm/aaaa

Hora mañana tarde

Tipo de implante

Marca

Tamaño

Envío

Prótesis fija o implantes

- Metal cerámica
- Disilicato
- Composite
- Zirconio

Removable

superior inferior

Firma _____

Fecha _____

Datos identificativos

Nº cliente _____

Nombre clínica _____

Doctor _____

Dirección _____

C.P. _____ Población _____

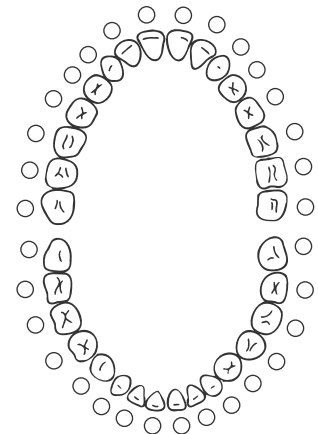
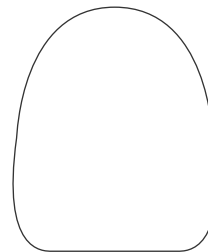
Localidad _____

Teléfono _____

Datos internos

Operario

Mapa de color



Color _____

Descripción del trabajo a realizar

deseo hablar con el técnico