



Nombre del paciente / NHC

hombre mujer edad _____

Fecha y hora de entrega en clínica dd/mm/aaaa 00:00

Implantes

Tipo / marca

Tamaño

Se incluye

Cerámica / coronas y puentes

sin metal

disilicato composite cerámica

con metal

fresado sinterizado

Cerámica / coronas y puentes

apoyo completo

apoyo medio

pico flauta

con contacto pónico

sin contacto pónico

Removible

superior

inferior

Firma _____

Fecha _____

Fecha terminación laboratorio dd/mm/aaaa

Hora mañana tarde

Operario

Datos identificativos del doctor

Nº cliente _____

Nombre clínica _____

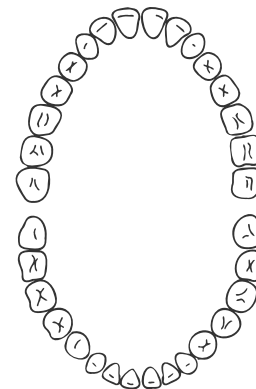
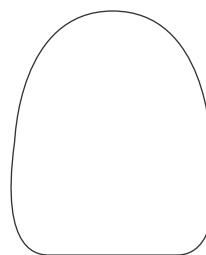
Doctor _____

Dirección _____

C.P _____ Población _____

Localidad _____

Datos internos



Color _____

Descripción del trabajo a realizar

envía cubetas del doctor

deseo hablar con el técnico