

Clinica _____ Fecha _____ Hora _____
 Dr./Dra. _____
 Paciente _____ Edad _____ Sexo _____

MARCA DE IMPLANTE _____ **CATEGORÍA** _____

RÉPLICA SI NO INTERFASES SI NO _____
 TORNILLOS SI NO MORDIDA SI NO _____

PRUEBAS

PBA. VERIFICACIÓN Fecha _____ Hora _____
 PBA. METAL Fecha _____ Hora _____
 PBA. BIZCOCHO Fecha _____ Hora _____
 _____ Fecha _____ Hora _____
 _____ Fecha _____ Hora _____
 ACABADO Fecha _____ Hora _____
 Fecha _____ Hora _____
 Fecha _____ Hora _____

TIPO PRÓTESIS

ATORNILLADA DIRECTA CEMENTADO PROVI. PMMA
 CEMENTO ATORNILLADA INTERFASE

MATERIAL

RESINA ZIRCONIO METAL-CERÁMICA

ODONTOGRAMA (Marcar unitaria o ferulizada) EXO-E INTERMEDIA-I PILAR-P

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Unitarias _____
 Ferulizadas _____

COLOR

GUÍA VITA _____ FOTO (Email) _____

OBSERVACIONES