

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

TIPO DE PRÓTESIS _____ **MARCA DE IMPLANTE** _____ **CATEGORÍA** _____

SOBREDENTADURA CON BARRA
Y CABALLITOS + COMPLETA

HÍBRIDA MUÑONES
 HÍBRIDA SENCILLA

LOCATORS DIRECTO +
COMPLETA

PRUEBAS

CUBETA
 P. BASE + RODETE
 VERIFICACIÓN
 P. DIENTES _____
 PBA. ESTRUCTURA
 ACABADO

Fecha _____ Hora _____
Fecha _____ Hora _____
Fecha _____ Hora _____
Fecha _____ Hora _____
Fecha _____ Hora _____
Fecha _____ Hora _____

MATERIAL

CR-CO CERÁMICA TITANIO COMPOSITE
 PEEK RESINA ALTA ESTÉTICA

COLOR

GUÍA VITA _____ CHROMASCOP SPE _____
 LABORATORIO _____ FOTO (Email) _____

OBSERVACIONES