

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