



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 _____	Foto/Otros _____
Fecha _____	Hora _____	Foto/Otros _____
Fecha _____	Hora _____	Foto/Otros _____
Fecha _____	Hora _____	Foto/Otros _____
Fecha _____	Hora _____	Foto/Otros _____
Fecha _____	Hora _____	Foto/Otros _____

**MATERIAL**

- CR-CO
- CERÁMICA
- TITANIO
- COMPOSITE
- PEEK
- RESINA ALTA ESTÉTICA

**COLOR**

- GUÍA VITA \_\_\_\_\_
- CHROMASCOP SPE \_\_\_\_\_
- LABORATORIO \_\_\_\_\_
- FOTO (WhastApp o email) \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**