



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

<input type="radio"/> PBA. VERIFICACIÓN	Fecha _____	Hora _____	Foto/Otros _____
<input type="radio"/> PBA. METAL	Fecha _____	Hora _____	Foto/Otros _____
<input type="radio"/> PBA. BIZCOCHO	Fecha _____	Hora _____	Foto/Otros _____
<input type="radio"/> _____	Fecha _____	Hora _____	Foto/Otros _____
<input type="radio"/> _____	Fecha _____	Hora _____	Foto/Otros _____
<input type="radio"/> ACABADO	Fecha _____	Hora _____	Foto/Otros _____
	Fecha _____	Hora _____	Foto/Otros _____
	Fecha _____	Hora _____	Foto/Otros _____

TIPO PRÓTESIS

ATORNILLADA DIRECTA CEMENTADO PROVI. PMMA
 CEMENTO ATORNILLADA

MATERIAL

RESINA ZIRCONIO CR-CERÁMICA

ODONTOGRAMA (Marcar unitaria o ferulizadas) 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 _____ LABORATORIO _____ FOTO (WhatsApp o email) _____

OBSERVACIONES