

PEDIDO DE IMPLANTES

Clínica
 Paciente
 Historia
 Fecha Solicitud
 Fecha Cirugía
 Doctor/a

I M P L A N T E S S O L I C I T A D O S	CONEXIÓN EXTERNA			
	CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN
TOTALES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONEXIÓN INTERNA			
CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN
shofa 3,8x11,5 + exo 24			
TOTALES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relleno óseo

Miniclavos

Membrana Tej. Conectivo

Rascador óseo

FIRMA DOCTOR

**A CUMPLIMENTAR
 POR ENCARGADA
 DE IMPLANTES**

Capuchones Conexión EXTERNA	Firma Solicitud	Capuchones Conexión INTERNA