

# PEDIDO DE IMPLANTES

Clínica: FR-Fragoso  
 Paciente: [Handwritten Name]  
 Historia: [Handwritten Number]  
 Fecha Solicitud: [Handwritten Date]  
 Fecha Cirugía: [Handwritten Date]  
 Doctor/a: [Handwritten Name]

601

A CUMPLIMENTAR POR DOCTOR/A

| I<br>M<br>P<br>L<br>A<br>N<br>T<br>E<br>S<br><br>S<br>O<br>L<br>I<br>C<br>I<br>T<br>A<br>D<br>O<br>S | CONEXIÓN EXTERNA |           |         |            | CONEXION INTERNA |           |         |            |
|--|------------------|-----------|---------|------------|------------------|-----------|---------|------------|
|  | CÓD.             | PRINCIPAL | RESERVA | DEVOLUCIÓN | CÓD.             | PRINCIPAL | RESERVA | DEVOLUCIÓN |
|  |                  |           |         |            |                  |           |         |            |
| TOTALES  |                  |           |         | TOTALES    |                  |           |         |            |

Relleno óseo  
[Handwritten: 1500]

Miniclavos  
[Handwritten: 1]

Membrana Tej. Conectivo  
[Handwritten: 1/1]

Riscador óseo  
[Handwritten: 1]

FIRMA DOCTOR  
[Handwritten Signature]

A CUMPLIMENTAR POR ENCARGADA DE IMPLANTES

|                             |                 |                             |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------------|
| Capuchones Conexión EXTERNA | Firma Solicitud | Capuchones Conexión INTERNA |
|                             |                 |                             |