

# PEDIDO DE IMPLANTES

Clínica: FR-Fragoso  
 Paciente: *Mano Lomo Vázquez*  
 Historia:   
 Fecha Solicitud: *12/12/25*  
 Fecha Cirugía:   
 Doctor/a: *D.inda*

*FR02204*

*50 mm.*

A CUMPLIMENTAR POR DOCTOR/A

I M P L A N T E S	CONEXIÓN EXTERNA				CONEXIÓN INTERNA			
	CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN	CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN
	<i>implante: 36</i>				<i>A-ZT-425-085</i>			
	TOTALES				TOTALES			

Relleno óseo

Miniclavos

Membrana Tej. Conectivo

Rascador óseo

FIRMA DOCTOR

A CUMPLIMENTAR POR ENCARGADA DE IMPLANTES

Capuchones Conexión EXTERNA	Firma Solicitud	Capuchones Conexión INTERNA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>