

# PEDIDO DE IMPLANTES



Centros Dentales Hillenback

Clínica: FR-Fragoso  
 Paciente: Oscar Valabon Castro  
 Historia: \_\_\_\_\_  
 Fecha Solicitud: 19/11/2024  
 Fecha Cirugía: \_\_\_\_\_  
 Doctor/-a: Danka

A CUMPLIMENTAR POR DOCTOR/A

I M P L A N T E S  S O L I C I T A D O S	CONEXIÓN EXTERNA				CONEXIÓN INTERNA			
	CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN	CÓD.	PRINCIPAL	RESERVA	DEVOLUCIÓN
					811-27-425-100			
	TOTALES				TOTALES			1

Relleno óseo

Miniclavos

Membrana Tej. Conectivo

Rascador óseo

FIRMA DOCTOR

*[Handwritten Signature]*

A CUMPLIMENTAR POR ENCARGADA DE IMPLANTES

Capuchones Conexión EXTERNA	Firma Solicitud	Capuchones Conexión INTERNA