

PEDIDO DE IMPLANTES

Clínica: **JF**
 Paciente: **ALEJANDRO FERNANDEZ VAZQUEZ**
 Historia: **RN8342**
 Fecha Solicitud: **13/12/2024**
 Fecha Cirugía:
 Doctor/-a: **ALEJANDRO FUEZ**

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
	4	Teflones transparentes						
	TOTALES				TOTALES			

Relleno óseo

Miniclavos

Membrana Tej. Conectivo

Rascador óseo

FIRMA DOCTOR

[Firma manuscrita]



DR. FERNANDEZ VAZQUEZ

ODONTOLOGO

Colegiado N° 36001705

A CUMPLIMENTAR POR ENCARGADA DE IMPLANTES

Capuchones Conexión EXTERNA	Firma Solicitud	Capuchones Conexión INTERNA
	<i>[Firma manuscrita]</i>	